Aus dem Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie
Vorstand: Professor Dr. med. D. Wyss

Zu Kommunikationsstrukturen und -modi endogen Depressiver aus der Sicht der anthropologisch-integrativen Psychotherapie

INAUGURAL – DISSERTATION
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Annegret Kirchner
aus Westerschau

1982

Würzburg, den 26.11.1981

Aus dem Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie
Vorstand: Professor Dr. med. D. Wyss

Zu Kommunikationsstrukturen und -modi endogen Depressiver aus der Sicht der anthropologisch-integrativen Psychotherapie

INAUGURAL – DISSERTATION
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Annegret Kirchner
aus Westerschau

Würzburg, den 26.11.1981

Referent: Prof. Dr. D. Wyss

Korreferent: Prof. Dr. H. Sattes

Dekan: Prof. Dr. K.-A. Bushe

Tag der mündlichen Prüfung: 11.2.1982

UNIV. LEIDEN BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

Inhalt:

		Seite
EINLEITUNG		1
1. EIN KURZER ÜBERBLICK ÜBER DAS KONZEPT DER ZYKLOTHYMEN DEPRESSION		3
1.1	Nosologie	3
1.2	Symptomatik	7
1.3	Provokation	9
1.4	Primärpersönlichkeit	15
2. TELLENBACHS UNTERSUCHUNGEN ZUR TYPOLOGIE UND PATHOGENESE DER MELANCHOLIE		20
2.1	Der Begriff des Endon	20
2.2	Ordentlichkeit als Grundzug des Typus melancholicus	21
2.3	Die Konstellationen Inkludenz und Remanenz; endokinetische Abwandlung - Verzweiflung - Melancholie	24
2.4	Berührungspunkte mit der Auffassung von Depression bei WYSS	26
3. DAS KONZEPT DER ENDOGENEN DEPRESSION BEI WYSS		28
3.1	Der Krankheitsbegriff bei WYSS	28
3.1.1	Kommunikation als Mitteilung, Aufnahme und Antwort, gegründet im Mangel, primär konfliktbezogen	28
3.1.2	Die Grundstrukturen, die Modi; ihre Verschränkung und Konflikthaftigkeit	30
3.1.3	Formen der Kompensation; Abwendung als gemeinsames Charakteristikum einschränkender Kommunikationsmodi	38
3.1.4	Dekompensation - Krankheit als Kommunikationseinschränkung bzw. -verlust	41

Seite

3.2 Die depressive Kommunikationsstörung 42
3.2.1 Depression als Abwendung, gegründet in anthropologischen Mißverhältnissen 42
3.2.2 Depressives Schulderleben und depressive Trauer - Störung der Zeitstruktur 47

4. VERWANDTE ANTHROPOLOGISCHE ARBEITEN ÜBER STÖRUNGEN DEPRESSIVEN ERLEBENS 51

4.1 Störungen der Zeitstruktur und der gelebten Zeit (BINSWANGER, v. GEBSATTEL, MINKOWSKI, STRAUS) 51
4.2 Störungen des gelebten Raumes (BINSWANGER, v. GEBSATTEL, MINKOWSKI, ZUTT) 56

5. - 8. VERWENDUNG EINES FRAGEBOGENS ALS MÖGLICHKEIT ZUR DIAGNOSTIK DEPRESSIVER KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN 63

5. ANGEWANDTER FRAGEBOGEN - PATIENTENAUSWAHL - VORGEHEN 63

5.1 Aufgaben einer Diagnostik nach anthropologischen Kategorien 63
5.2 Art des angewandten Fragebogens 64
5.3 Diagnosen der befragten sieben Patienten 66
5.4 Zeitpunkt der Befragung 67

6. AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS, DARGESTELLT AM BEISPIEL DER PATIENTIN M. H. 69

6.1 Auszug aus der Krankengeschichte 69
6.2 Signierungsbeispiele 71
6.2.1 Raum - Erkunden bis Bewältigen 73
6.2.2 Zeit - Erkunden bis Bewältigen 88
6.2.3 Leib - Erkunden bis Bewältigen 94
6.2.4 Leistung - Erkunden bis Bewältigen 102

Seite

6.3 Weitere Schritte der Auswertung und Ergebnisse 109

7. ERGEBNISSE DER ANDEREN FRAGEBÖGEN 114

7.1 Patient R. G. 114
7.2 Patient M. N. 122
7.3 Patientin N. E. 131
7.4 Patient R. H. 143
7.5 Patientin D. T. 154
7.6 Patientin R. A. 164

8. DISKUSSION 176

9. ZUSAMMENFASSUNG 190

Literaturverzeichnis 192

Anhang I
Anhang II
Anhang III

EINLEITUNG

Bis heute steht nicht fest, welche Faktoren zusammenwirken müssen, damit es zur Entstehung phasischer depressiver Psychosen kommt. Die Fragestellung aber, in welchem inneren Zusammenhang Konstitution, Ausgangspersönlichkeit und prämorbide Situation stehen und wie dieses Wirkungsgeflecht den Ausbruch depressiver Psychosen verursachen oder begünstigen bzw. deren Remission erschweren könnte, ist in den letzten etwa 30 Jahren Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gewesen.
In der vorliegenden Arbeit soll erörtert werden, wie die anthropologisch-integrative Psychotherapie, wie sie von D. WYSS vertreten wird, die Erkrankung Depression, speziell psychotische Depression, versteht, nämlich als eine dekompensierte Abwendung, in der die Strukturen und Modi, in denen menschliches Dasein sich darstellt, auf eine typische Weise verändert sind, und zwar bereits prämorbid, so daß eine Bewältigung bestimmter Konflikte erschwert ist und somit eine "endogene Abwandlung" (H. TELLENBACH) durch eine Labilität des Vorfeldes vorbereitet ist. In grundsätzlicher Weise hat WYSS diese Auffassung in "Beziehung und Gestalt" (1973) dargelegt; hier soll ausgeführt werden, wie eine derartige Analyse im Einzelfall vorgenommen werden kann. Anhand einiger exemplarischer Krankengeschichten und eines Fragebogens, der einer Reihe von endogen-depressiven Patienten nach der Remission vorgelegt wurde, ist zu untersuchen, welche Strukturen und Modi bei diesen Menschen im Vordergrund stehen, damit ihre Lebensgestalt bestimmen, welche zurücktreten; ferner, welche Konflikte sich aus dem Überwiegen bestimmter Strukturen ergeben, und wodurch eine Bewältigung dieser Konflikte so erschwert ist, daß es statt zur Bewältigung zur dekompensierten Abwendung kommt.
WYSS folgt einer Kontinuitätshypothese depressiver Erkrankungen und versteht Depression syndromatisch.
Da das Konzept von WYSS vor allem auf den Beiträgen der

anthropologischen, daseinsanalytischen und phänomenologischen Forschung aufbaut, werden schwerpunktmäßig diese Arbeiten referiert. Vorangestellt werden soll ein kurzer und notwendigerweise unvollständiger Überblick über den Krankheitsbegriff bei der Depression, übliche nosologische Einteilungen, Erkenntnisse über Psychopathologie, Provokation und Ausgangspersönlichkeit. Nicht aufgeführt werden die Ergebnisse genetischer und biochemischer Untersuchungen.

1. EIN KURZER ÜBERBLICK ÜBER DAS KONZEPT DER ZYKLOTHYMEN DEPRESSION

1.1 Nosologie

Der Begriff "Depression" wird für Stimmung, Befindlichkeit, Symptom, Syndrom und nosologische Einheit gebraucht.
Im Sinne der KRAEPELINschen Systematik gehört zu den endogenen Depressionen "periodisches und zirkuläres Irresein", "der größte Teil der als Melancholie bezeichneten Krankheitsbilder", "gewisse leichte und leichteste, teils periodische, teils dauernd krankhafte Stimmungsfärbungen, die einerseits als Vorstufe schwerer Störungen anzusehen sind, andererseits ohne scharfe Grenze in das Gebiet der persönlichen Veranlagungen übergehen" (KRAEPELIN 1909-1913). KRAEPELIN stützte sich dabei auf Psychopathologie, Verlauf und Prognose und nahm eine einheitliche Ursache an. Inzwischen liegen Erkenntnisse vor, daß reine Melancholien hinsichtlich Verlauf, Genetik und prämorbider Persönlichkeit von bipolaren Psychosen abweichen (ANGST 1968, 1976; PERRIS 1966; v. ZERSSEN et al. 1969, 1970), wenn auch eine scharfe Trennung in mono- und bipolare Psychosen nicht gelingt (ZERBIN-RÜDIN 1976). Die Sonderstellung der Involutionsdepression erscheint nicht mehr grundsätzlich gerechtfertigt (ANGST 1966, 1968; PERRIS 1966, 1969), diese Erkrankung wird allgemein betrachtet als zu den monopolaren periodischen Depressionen gehörig. Hier sollen lebensgeschichtliche Aspekte für die Manifestation von besonderer Bedeutung sein.
ARIETI (1974) bezeichnet sowohl die manisch-depressive Erkrankung in ihren verschiedenen Unterformen als auch die psychotische depressive Reaktion als Funktionspsychosen; er hebt in seinen Erläuterungen ausdrücklich hervor, daß mit einem solchen Begriff eine hereditäre oder konstitutionelle Komponente nicht ausgeschlossen wird, ebenso wenig ein morphologisches Substrat, daß aber die Dysfunktion überwiegend bestimmt ist von einer nicht gelungenen emotionalen Anpassungsleistung, "... which, in its turn, is at least

partially provoked by a human environment" (ARIETI 1974, S. 451), im Gegensatz etwa zu tumorbedingten psychotischen Veränderungen. Dieser Schwerpunktsetzung entsprechend betrachtet ARIETI, indem er im wesentlichen dem Modell der Psychoanalyse folgt, auch die phasische psychotische Depression als nicht gelungene Verarbeitung eines Verlustes, vorbereitet durch Kindheitssituation, spezifische Labilität bereits der präpsychotischen Persönlichkeit und "precipitating factors", eben Verlusterlebnisse. Eine grundsätzliche Unterscheidung von psychotischen und nicht psychotischen Depressionen wird hier also nicht getroffen.
Demgegenüber betont WEITBRECHT (1972) das Eigenständige einer cyclothymen Kerngruppe und trennt von diesen autochthonen Cyclothymien eine Gruppe von Erkrankungen, die er als "ausgesprochenes Ärgernis für die geltende Systematik" bezeichnet und "endoreaktive Dysthymie" nennt. Unter diesen Begriff falle auch die vegetative Depression (LEMKE) und Entlastungsdepression (BÜRGER-PRINZ), während die Erschöpfungsdepression (KIELHOLZ) neurosenäher sei.
RUFFIN (1957) u. a. und KRANZ (1970) wenden sich mit WEITBRECHT gegen eine fließende Reihe, also eine Kontinuitätstheorie, die den Blick dafür verstelle, daß eine phasisch verlaufende Erkrankung gänzlich anders geartet sei (Hiatus) als eine depressive Neurose etwa.
KIELHOLZ (1974) unterscheidet in seinem bekannten Diagramm überwiegend somatogen und überwiegend psychogen bestimmte Depressionen, wobei er fließende Übergänge annimmt und zyklische, periodische und Spätdepressionen den eigentlichen endogenen Depressionen zurechnet, unter dem Begriff "psychogene Depression" aber neurotische-, Erschöpfungs- und reaktive Depressionen zusammenfaßt. Die körperlich begründbaren Depressionen, die er ebenfalls aufführt, werden hier als mehr zur Neurologie oder Inneren Medizin gehörig ausgenommen. Neben der nosologischen fordert KIELHOLZ (1969) eine Syndromdiagnose, an den Phänomenen orientiert, vor allem für Therapiezwecke. In diesem Rahmen ist zu unterschei-

den zwischen traurig-bedrückten, ängstlich-gehemmten und larvierten Depressionen. Die Vorteile einer symptom- bzw. syndrom-orientierten Diagnostik hat W. MOMBOUR (1976) u.a. erörtert.

Auch JANZARIK sieht die endogenen Depressionen nicht als Krankheitseinheiten, sondern als psychopathologische Syndrome an. "Es gibt ein vielgestaltiges zyklothymes Syndrom und, mit ihm sich überschneidend, doch etwas in eine andere Richtung verschoben, ein noch vielgestaltigeres depressives Syndrom, aber es gibt in diesem Bereich keine Differentialdiagnose" (1974, S. 638). Die Zweifel an der theoretischen Berechtigung eines cyclothymen Kernsyndroms veranlassen manche Autoren, die Bezeichnung "endomorph" vorzuziehen, so auch BERNER (1980), der von einem "endomorph-depressiven Achsensyndrom" spricht, sich dabei auf JANZARIK beziehend. "Dynamische Verschiebungen, die abgesetzt auftreten und mit - tageszeitlichen Schwankungen unterworfenen - Störungen des Antriebs (Hemmung oder Agitiertheit), der Befindlichkeit (Anhedonie, Störungen der Vitalgefühle) und der Affizierbarkeit (Ansprechen nur im 'negativen Skalenbereich') sowie mit Störungen des habituellen Schlafmusters einhergehen, können so zu einem endomorph-zyklothymen Achsensyndrom zusammengefaßt werden" (1980, S. 182/83).

TELLENBACH schlägt eine Klassifizierung nach der jeweiligen Situationsbezogenheit bzw. nach der Ausprägung - "Energie" - der Endokinese vor und unterscheidet (1976, S. 177): situationsunspezifische, periodische, monopolare Melancholien bzw. melancholische Phasen der manisch-depressiven Erkrankung, Melancholien im Verlauf schizophrener Psychosen, Fehlreifungsmelancholien, Gestationsmelancholien, Nosogene Melancholien, Fehlhaltungsmelancholien und Entbergungsmelancholien. Er spricht von der Melancholie als letzter gemeinsamer Endstrecke. Von AKISKAL et al. (1975) wurde in einem Versuch, verschiedene Konzepte zur Entstehung affektiver Psychosen zu integrieren, ebenfalls eine letzte gemeinsame Endstrecke - "final diencephalic common pathway" - angenom-

men, ob nun physiologische Stressoren, genetische Disposition, psychosoziale Stressoren oder Besonderheiten der Entwicklung die Erkrankung in Gang setzen (vgl. auch HEIMANN, 1976).

Auf Überschneidungen zwischen dem depressiven und cyclothymen Syndrom haben ANGST und SCHARFETTER (1974) hingewiesen, ebenso auch L. REES (1974), der erwähnt, daß selbst eine hinsichtlich der Symptomatik homogen erscheinende Gruppe ganz unterschiedliche Erkrankungen, was die Pathogenese betrifft, umfassen könnte, worauf nicht zuletzt das unterschiedliche Ansprechen auf Psychopharmaka hinweisen würde. Nach HAURI (1980) ist eine Unterscheidung zwischen reaktiven und endogenen Depressionen nach Schlafmustern nicht möglich. Nach MATUSSEK (1980) sprechen neuroendokrinologische Befunde für eine Unterscheidung zwischen neurotischen und endogenen Depressionen, wobei er allerdings von einer Diskontinuitätstheorie ausgeht. HIPPIUS (1980) hält deshalb eine Prüfung dieser Ergebnisse mit Bezogenheit auf das Kontinuitätsmodell für erforderlich.

Generell läßt sich also eine binäre Annahme - phasische Depressionen und reaktive unterscheiden sich grundsätzlich - von einer Kontinuitätshypothese abheben, derzufolge es sich um die ernstere oder mildere Erscheinungsform derselben Erkrankung handele.

Meist wird heute eine Kontinuität angenommen und ein Ergänzungsverhältnis von Anlage- und Umwelteinflüssen. Klare Abgrenzungen innerhalb des depressiven Syndroms scheinen weder auf der genetischen noch auf der psychopathologischen Ebene möglich zu sein. Falls es kein ätiologisches Kontinuum gibt, so doch jedenfalls Überschneidungen und sicher ein phänomenologisches Kontinuum.

Die begriffliche Verwirrung hinsichtlich der Depression wird drastisch zusammengefaßt von LEVITT und LUBIN (1975, S. 133), wenn sie schreiben: "Our initial review of the literature strongly indicated that the etiology and treatment areas were a welter of ambiguity and confusion, and that a primary reason was a parallel confusion concerning basic definitions."

1.2 Symptomatik

Während also bezüglich der Nosologie kein einheitliches Bild herrscht, was u.a. auch die Vergleichbarkeit internationaler Studien erschwert, besteht doch größere Übereinstimmung in Bezug auf die typische Symptomatik, zumindest hinsichtlich eines depressiven Kernsyndroms.
WEITBRECHT (1972) nennt traurige Verstimmung - vitale Traurigkeit - als wichtigstes Kriterium, daneben Hemmung bzw. Erregung und Angst. Der besondere Charakter der depressiven Traurigkeit ist mehrfach untersucht worden, so von SCHULTE (1961) und HEINRICH (1969); es wird festgestellt, daß die depressive Herabgestimmtheit vor allem charakterisiert ist durch Unvermögen, verminderte Erlebens- und Handelnsbereitschaft. Entsprechend bezeichnet HEIMANN (1976) als depressives Kernsyndrom in Anlehnung an LEHMANN Verlust des Interesses an der Umwelt, Verlust der Genuß- und Leistungsfähigkeit. Er objektivierte diese "psychophysiologische Rückzugstendenz", indem er eine fehlende Orientierungsreaktion feststellte, eine verstärkte Habituierungstendenz und eine verminderte Konditionierbarkeit. LOPEZ-IBOR (1974) konstatiert, bei der endogenen Depression seien sowohl Psyche als auch Soma von einer spezifischen Traurigkeit erfaßt, die die betroffenen Patienten durchaus von einer anders gearteten reaktiven Traurigkeit unterscheiden könnten.
WEITBRECHT unterscheidet weiter primäre, unableitbare Schuldgefühle von sekundären, die im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung stehen. Hypochondrie - Rückzug von der Welt und Hinwendung zum Leib (RUFFIN 1959) - und Verarmungsgewißheit sollen selten fehlen, sind aber nicht spezifisch. Weiter werden die leibnahen Vitalstörungen und Schlafstörungen erwähnt. Die Symptome unterliegen oft charakteristischen Tagesschwankungen. Zur Lokalisation zyklothymer körperlicher Mißempfindungen liegen Ergebnisse von WIECK (1965) vor. Der veränderte Affektivität mißt WEITBRECHT (1972) die größte Bedeutung bei. MATUSSEK, HALBACH und TROEGER (1965) untersuchten neun Symptome - nämlich Vitalgefühle, Hemmungen, Traurigkeit,

Schuldgefühle, Selbstmordideen, Selbstmordversuche, Angst, Agitiertheit und Grübeln - und fanden, daß bei den meisten Phasen Traurigkeit und Hemmung festzustellen war, Vitalgefühle, Schuldgefühle und Angst dagegen nur in der Hälfte der Phasen vorkamen. Im höheren Lebensalter überwiegt - ganz deutlich bei Frauen - Angst und Agitation. Die Autoren unterscheiden einen erlebnismäßig ich-nahen Syndrompol (Suizidversuch, Suizididideen, Grübeln, Schuldgefühle) von einem ich-fernen (Vitalgefühle, Agitation, Hemmung, Angst). Möglicherweise sei die Tatsache, daß eine Phase mehr im Psychischen, eine mehr im Körperlichen erlebt werde, Ausdruck der unterschiedlichen Fähigkeit des Ichs, Psychisches als Psychisches und nicht Körperliches zu erleben. "... legen unsere Befunde die Annahme nahe, daß die Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung der hinter der Psychose liegenden Psychodynamismen abnimmt, je häufiger die Phasen erfolgen, und daß die Depression dadurch die Tendenz hat, zu einer als körperlich erlebten Krankheit zu werden" (S. 67). Einen ähnlichen Gedanken äußert NISSEN (1980), wenn er sagt, daß es sich bei den larvierten Depressionen des Erwachsenenalters um Regressionen auf typische Depressionsformen des Kindesalters handle. Psychosomatische und hypochondrische Depressionen seien als primäre Depressionen einzustufen, die kulturabhängigen, in unserer Gesellschaft vorwiegend mentalen Erscheinungsformen des Jugend- und Erwachsenenalters seien als sekundäre Depressionen anzusehen (S. 38). In manchen anderen Kulturen seien auch bei intelligenten Erwachsenen die Symptome leibnäher.

LEHMANN (1973) unterscheidet psychische Symptome, zu denen Hoffnungslosigkeit und Grübeln gehören, Symptome des Verhältnisses des Patienten zu seiner Umwelt, charakterisiert durch Zeichen des Verlustes, und körperliche Symptome, also Appetit-, Schlaf- und Libidostörung.

GLATZEL (1973), der sich ausdrücklich gegen die Feststellung eines zyklothymen Grundsyndroms wendet, vielmehr den Erlebenswandel im Zentrum zyklothymen Krankseins beschreiben will,

trennt bei dem von ihm sog. zyklothymen Achsensyndrom einen transphänomenalen Bereich und einen phänomenalen Bereich. Zu ersterem gehört das typische Schulderleben und die Identitätsstörung, ganz ähnlich auch von ARIETI als Überwältigung des Ich durch das Du umschrieben, zu letzterem als primär psychischer Aspekt die vitale Traurigkeit, als primär somatischer Aspekt Tonusverlust, Störungen der vita sexualis, Inappetanz und Obstipation und schließlich als primär rhythmologischer Aspekt Schlafstörungen und Tagesschwankungen.
In verschiedenen Kulturen besteht nach PFEIFFER (1968) ein allgemein verbreitetes Grundsyndrom der Depression. Dazu gehören: depressive Verstimmung, vegetative Störungen und körperliche Mißempfindungen. Dagegen beschreibt er Verarmungswahn, Leistungskonflikte und Schulderlebnisse im wesentlichen als kulturell determiniert - ähnlich KATZ (1970). Letzterer macht auf die Schwierigkeit aufmerksam, "normale" Individuen, die ausgesprochen depressiv sind, von solchen zu unterscheiden, die in der Folge als in psychiatrischem Sinne depressiv beurteilt wurden. Die Hauptunterschiede ergaben sich in seiner Untersuchung hinsichtlich der Faktoren Selbstanklage, Hilflosigkeit (Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen) und in der Ausprägung der Hemmung bzw. Agitiertheit (psychomotorisches Tempo), während die Stimmung weniger entscheidend war.

1.3 Provokation

Im allgemeinen wird heute angenommen, daß belastende Ereignisse eine phasische Depression in Gang setzen können, wobei je nach dem Standpunkt des Untersuchers von Anlaß, Provokation, Auslösung oder Ursache die Rede ist. Die Angaben zur Häufigkeit somato-reaktiver und psycho-reaktiver Auslösung (WEITBRECHT 1972) - wie problematisch es ist, eine derartige Aufteilung überhaupt vorzunehmen, haben GLATZEL (1973), MATUSSEK (1965) und TELLENBACH (1976) u.a. erörtert - schwanken außerordentlich, bei psychischen Auslösungen von

3,1% bis 70% (KORNHUBER 1955). Vor dem ersten Weltkrieg wurden provozierte cyclothyme Depressionen häufiger beobachtet als in der Folgezeit. Nach MATUSSEK (1965) ist dieser Trend nicht allein aus einem veränderten Auftreten der Erkrankung erklärbar, sondern hier spiegelt sich eine veränderte Auffassung der Psychiatrie von der Natur endogener Erkrankungen.

Der theoretische Standpunkt des Untersuchers hinsichtlich der Frage, wie autonom - oder wie weitgehend genetisch determiniert - cyclothyme depressive Psychosen ablaufen, bestimmt ebenso die Häufigkeitsangaben psychischer Anlässe wie seine Ansicht darüber, welchen Faktoren überhaupt eine krankheitsauslösende Bedeutung beigemessen werden kann. Darauf haben z.B. PAULEIKHOFF (1971) und MATUSSEK (1965) hingewiesen, letzterer spricht direkt von Methodenabhängigkeit bei der Feststellung eines Anlasses. Er meint nicht nur, daß ein Arzt, der überzeugt ist, psychotisches Geschehen laufe bis hin zu dem Zeitpunkt des Auftretens schicksalsmäßig ab, wenig geneigt sein wird, andere als massive Erschütterungen - vor allem körperlicher Art - als Anlässe in Betracht zu ziehen; dies beeinflußt natürlich die Erhebung und Verwertung anamnestischer Angaben. Auch der Patient, nach einem eventuellen Anlaß seiner Erkrankung befragt, nimmt eine Selektion vor. Er wird überwiegend solche Anlässe erwähnen, die er als unmittelbar verständlich - und damit mitteilbar - bewertet. Einerseits läßt also der Arzt vom Patienten erlebte Anlässe, die mit seinen theoretischen Grundvorstellungen nicht vereinbar sind, u.U. nicht gelten. Andererseits wird der Patient eher geneigt sein, von Anlässen zu berichten, die ihm allgemeinverständlich erscheinen, etwa von Tod oder von Umzug, als von verborgenen Konflikten. Das Gesprächsverhalten des Untersuchers wirkt hierauf natürlich ein. Schließlich spricht MATUSSEK davon, daß vielen Patienten der eigentliche innere Anlaß für ihre Erkrankung nicht erfahrbar ist. "Der erlebte Anlaß ist nicht identisch mit dem gelebten" (1965, S. 148). Ganz ähnlich sagt SCHULTE (1971) "..., daß

gerade das nicht Eingestandene und nicht Wahrgehabte das Allerpathogenste ist, und daß wir uns sehr hüten müssen, nun gerade diese mehr oder weniger massiven Dinge so in den Vordergrund zu rücken und pro und kontra dann zu verwerten, ich möchte erst meinen, daß in einer sehr langen ärztlichen und psychotherapeutischen Arbeit erst eruiert werden kann, was u.U. pathogen ist." MATUSSEK erwähnt die Tendenz gerade depressiver Patienten zum Allgemeinen, Überpersönlichen, ihre Furcht vor dem Subjekt-Sein, die sie weniger auf Innerseelisches achten lasse als auf äußere Umstände und Bedingungen. Folglich machten sie sich besonders bereitwillig die Anschauung zu eigen, daß ihre Krankheit gleichsam etwas Unpersönliches sei, wenig beeinflußt von ihrer Situation und Lebensgeschichte. Dieses "Übereinkommen" zwischen Patient und Psychiatrie bewirke, daß mit zunehmender Phasenhäufigkeit immer seltener Anlässe konstatiert würden.

Die Frage, welche grundsätzliche Bedeutung Anlässe für die Entwicklung einer endogenen Depression haben und wie der Vorgang der Provokation zu denken ist, wird also unterschiedlich beantwortet. Nach GLATZEL (1973) sind drei Positionen zu nennen:

1. Belastendes Ereignis und Ausbruch der Erkrankung treffen nur zufällig zusammen, damit kann von Auslösung oder Provokation nicht mehr gesprochen werden.

2. Die Erkrankung entwickelt sich kontinuierlich aus einer belastenden Situation, ist Antwort und Versuch einer Situationsbewältigung.

3. Ein Ereignis, eine Art unspezifischer Reiz, hat Auslöserfunktion, setzt die Krankheit in Gang, die sich danach aber eigengesetzlich entwickelt.

GLATZEL fährt dann fort: "Eine fruchtbare Diskussion des Problems der Provokation zyklothymer Verstimmungen darf nicht von einer isolierten Betrachtung der fraglichen pathogenen Situation ausgehen, um diese dann der zykothymen Ver-

stimmung als einer Krankheit im Sinne der somatischen Medizin, das heißt einer vom Individuum ablösbaren Summe von Symptomen gegenüberzustellen. Sie muß Erlebnisse und nicht Ereignisse betrachten. So wie die zyklothyme Verstimmung zu ihrer Manifestation des Gegenübers bedarf, nur in der Kommunikation mit diesem Gestalt gewinnt und sich aus der Interaktion entwickelt, so muß das jeweilige Erlebnis hinsichtlich seiner klinischen und pathogenetischen Relevanz vor dem Hintergrund der jeweiligen Persönlichkeit gewertet werden" (1973, S. 59/60).

Hier ist eine Entwicklung von der Anlaß- zur Situationsforschung wiedergegeben, Situation verstanden als "Querschnitt durch den jeweiligen Kontext von Ich und Welt" (TELLENBACH 1976, S. 120). Beobachtet wurde zunächst eine Häufung bestimmter belastender Ereignisse im Vorfeld depressiver Psychosen. Eine Aufstellung dieser Faktoren findet sich bei KRAUS (1971), MATUSSEK (1965), PAULEIKHOFF (1958, 1959, 1971). Einige besondere Namensgebungen beziehen sich auf die "formale Spezifität der objektiven Auslösesituation" (KRAUS 1971, S. 117), also auf den Anlaß: die Umzugsdepression (MÜLLER-FAHLBUSCH 1967), der Pensionierungsbankrott (STAUDER 1955), die Entlastungsdepression (SCHULTE 1951), die Verlustdepression (WINKLER 1957/58, LORENZER 1959), die Entwurzelungsdepression (BÜRGER-PRINZ 1951), die Wochenbettdepressionen (PAULEIKHOFF 1964), die Depressionen nach Unfällen (PAULEIKHOFF, MESTER, MÜLLER-FAHLBUSCH 1970). Einige der genannten Untersuchungen berücksichtigen vor allem das subjektiv Bedeutsame der jeweiligen Auslösesituation und führen damit bereits zu neuen Fragestellungen: welche Züge weisen Menschen auf, für die die oben genannten Situationen eine pathogene Bedeutung gewinnen? Welche Erfahrungen von Welt machen sie in diesen Situationen? Konstituieren sie bestimmte Situationen oder Konstellationen, die für sie eine Grenze darstellen, die sie nicht mehr zu übersteigen in der Lage sind? M.a.W.: Es wird der Zusammenhang zwischen Ausgangspersönlichkeit, Vorfeldsituation und depressiver Erkrankung zum Unter-

suchungsgegenstand.
Der umfassendste Beitrag zu diesem Thema ist TELLENBACHs "Melancholie" (1976, 1. Auflage 1961), das wegen seiner grundsätzlichen Bedeutung später ausführlich erörtert werden soll. GLATZEL (1973), JANZARIK (1965, 1974) und KRAUS (1969, 1971, 1977) beziehen sich auf TELLENBACH, während ARIETI und MATUSSEK in stärkerem Maße psychoanalytische Gedanken aufnehmen.
ARIETI betont als Gemeinsames der "precipitating factors" bzw. situations den bedrohlichen Verlust eines zentralen Anderen, der von dem depressiven Patienten, da er unfähig zur autonomen Gratifikation sei, nicht ertragen werden könne. Das ebenfalls als auslösend beobachtete Scheitern hinsichtlich zentraler Lebensziele stelle nur eine Variante des Grundthemas Verlust dar, denn solche Ziele seien in der Regel Systeme, die aufgebaut würden zu dem Zweck, die alles entscheidende Zuneigung des zentralen Anderen, ursprünglich der Mutter, zu sichern. Scheitern in der Arbeit hieße demnach: unfähig sein, unwert sein, für unwert gehalten werden schon immer, aber jetzt erneut bewiesen. "All the precipitating situations are interpreted by the patient as the proof of abandonment, of having lost the battle and consequently the purpose of life - the love of mother" (ARIETI 1974, S. 469). Auch MATUSSEK hebt hervor, das Gemeinsame vieler psychischer Auslösesituationen bestünde darin, daß der depressive Patient, der sich weitgehend über andere definiere, seine Gewißheit, von dem Anderen oder institutionellen Substituten des Anderen akzeptiert zu werden, bedroht fände.
JANZARIK verwendet den Begriff Struktur weitgehend sinngleich mit dem "Typus" TELLENBACHs. Struktur ist (1974, S. 630) "... das Gesamt der durch persönliche Erfahrung inhaltlich determinierten und für eine Aktualisierung im Erlebnisfeld bereitliegenden dispositionellen Bestände. In die Gerichtetheiten der individuellen Struktur sind auf der einen Seite die Matrix vitaler Funktionen und angelegter Verhaltenswei-

sen in der Ausformung eines persönlichen Temperamentes und auf der anderen Seite die Prägung durch Erfahrung eingegangen, bei der natürlicherweise die familiären Primärbeziehungen besonders gewichtig sind." Es entsteht im pathogenen Vorfeld nach JANZARIKs wie TELLENBACHs Verständnis ein dynamisches Verhältnis, eine Wechselwirkung zwischen Struktur und Situation. Eine bestimmte Struktur tendiert dazu, ihr gemäße Situationen hervorzubringen. Zur Dekompensation, hier verstanden als dynamische Entgleisung (Dynamik ist bei JANZARIK der Fundamentalbereich von Antrieb und Emotionalität), kommt es, wenn strukturelles Festgelegtsein und situative Bedingungen so zusammenwirken, daß die Situation sich nicht so verändern läßt, daß sie den Bedürfnissen der jeweiligen Struktur entgegenkommt. "Bei einer fundamentalen strukturellen Gebundenheit mit Einengung und Fixierung auf einen dominierenden Wertbereich als prädepressive Konstellation können solche Situationen pathogen werden, die die Erfüllung, auf die hin zentrale Gerichtetheiten entworfen und festgelegt sind, unerreichbar werden oder sonst ein kritisches Mißverhältnis zwischen den Gerichtetheiten und der sie aktualisierenden Dynamik entstehen lassen" (1974, S. 631). TELLENBACH hat diese Verschränkungen mit den Konstellationen Inkludenz und Remanenz beschrieben. JANZARIK betont ihre Bedeutung besonders auch für die Rezidivprophylaxe.
Hier ist von eingeengten Daseins- und Wertentwürfen die Rede, die die prämorbide Persönlichkeit später an Melancholie erkrankender Patienten kennzeichnet. KRAUS (1969, 1971, 1977) hat besonders die Überangepaßtheit dieser Menschen betont, ihre enge Wertbindung, die sie, wie auch das Aufrechterhalten rigider Ordnungen, gegen Konflikte und Angst schützen soll. Unfähig zu einer eigenen Identität, entlehnten sie diese gewissermaßen engen mitmenschlichen Bindungen, gewohnten Ordnungen und Handlungsabläufen, kurz: ein für allemal festgelegten Rollen. "Anstelle einer Freiheit, durch die wir uns selbst wie die Dinge auf einen Sinn hin transzendieren, der schöpferisch immer wieder neu zu konzipieren ist, werden die

zu besorgenden Dinge selbst zur sinnstiftenden Instanz des Daseins, ..." (1969, S. 144). "Während der Melancholiker die Totalität der Bedürfnisse des anderen zu befriedigen sucht, indem er ihn in seiner Fürsorglichkeit gewissermaßen gefangennimmt, verleiht er seinem Dasein einen Sinn, das er durch keinen anderen Sinn zu rechtfertigen vermag" (1969, S. 145). Entsprechend gefährdet seien Melancholiker in Zeiten gesellschaftlicher Umstrukturierung, dann, wenn Normenwandel eintritt oder widersprüchliche Normen nebeneinander existieren.
GLATZEL (1973, S. 60) beschreibt die Eingeengtheit Melancholischer in einer Weise, die der Auffassung von WYSS sehr nahe kommt, wenn er schreibt: "Der blasse Terminus Provokation läßt sich daher insofern mit etwas mehr Inhalt füllen, als gesagt werden kann, Provokation einer Zyklothymie meine die Demaskierung einer kommunikativen Schwäche, indem der Kranke, in eine bestimmte Situation gestellt, seine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur adäquaten und störungsfreien Situationsbewältigung entlarven muß." Provokation ist in diesem Sinne ausdrücklich nicht Verursachung, sondern "Weg in die Erkrankung".

1.4 Primärpersönlichkeit

Da Situation und Situation konstellierende Persönlichkeit grundsätzlich nicht zu trennen sind, wurden einige charakteristische Züge Melancholischer schon in dem Abschnitt "Provokation" genannt. Im folgenden soll eine zusammenfassende Beschreibung der prämorbiden Persönlichkeit endogen Depressiver gegeben werden, hauptsächlich der Darstellung von ARIETI (1974), MATUSSEK (1965) und von ZERSSEN (1969, 1980) folgend.
Es lassen sich drei wesentliche Konzepte unterscheiden: die Auffassung KRETSCHMERs, die psychoanalytische und die TELLENBACHs. Zwischen den beiden letztgenannten besteht in vielen Punkten Übereinstimmung. Nach KRETSCHMER zeichnen sich Patienten mit manisch-depressiven Erkrankungen durch eine be-

sondere affektive Schwingungsfähigkeit aus. Auch der Begriff "Syntonie" wurde verwandt (BLEULER 1922). KRETSCHMER verwendet den Typus-Begriff. Er nimmt eine Kontinuität von cycloiden Eigenschaften an; die Psychose stelle gewissermaßen eine Extremvariante typischer Persönlichkeitseigenarten dar. In der Erkrankung träten die Reaktionsweisen nur deutlicher zutage, die auch in gesunden Zeiten für cycloide Temperamente, eine normale Persönlichkeitsvariante, typisch seien. WEITBRECHT (1972, S. 115): "Es ist viel darüber gestritten worden, ob es fließende Übergänge gebe zwischen dem Sichfühlen und -verhalten von Menschen der zyklothymen diathetischen Proportionen und den Symptomen der manisch-depressiven Psychosen, oder ob nicht doch etwas Neues, eben der eigentliche Morbus, hinzutreten müsse". Zyklothyme Temperamente wiesen häufig einen pyknischen Körperbau auf. Eine zentrale Dimension, ihre Reaktion zu erfassen, sei die der Gestimmtheit. Diesen Menschen eigne eine gesellige, freundlich-gemütvolle Qualität, auch bei vorherrschender Schwerblütigkeit, so zeigten sie häufig eine dunkle, weiche Trauer.

Psychoanalytische Beschreibungen Depressiver schließen an Beiträge von FREUD (1949) und ABRAHAM (1969) an. Während TELLENBACHs Untersuchungen sich auf monopolar Depressive beziehen, schilderten FREUD und ABRAHAM Bipolare, deren weitgehende Ähnlichkeit mit Zwangsneurotikern ihnen auffiel. Hierzu schreibt TELLENBACH: "Es ist die Verschiebung der Libido von der Genital- zur Analzone eigentlich für den bipolaren Charakter viel typischer, dagegen die weitergehende Regression zur Oralzone im Sinne der oralen Abhängigkeit für den Typus melancholicus bezeichnender" (1976, S. 57).

ARIETI folgt in vielen Punkten der psychoanalytischen Auffassung. Er kennzeichnet die Patienten, die an einer phasischen Psychose erkranken, so: ihre durch eine spezifische Umwelt in der frühen Kindheit verursachte Tendenz zur Rezeptivität und ihre Introjektionsneigung mache sie zu extravertierten, angepaßten Individuen, die zur Aufrechterhaltung ihrer inne-

ren Stabilität in außergewöhnlichem Maße auf andere angewiesen seien. Ein ausgeprägter Sinn für Pflicht und Verantwortung eigne schon den Eltern der Patienten und werde etwa ab Beginn des 2. Lebensjahres nach einer Periode relativer Verwöhnung an die Patienten herangetragen. Sie seien so zu früh massiven elterlichen Erwartungen ausgesetzt, denen sie im allgemeinen nachzukommen suchten. Elterliche Liebe, später Akzeptierung durch andere, erscheine ihnen eigentlich unerreichbar, allenfalls durch beständiges Bestreben, allen Erwartungen vorbildlich nachzukommen, wiederzugewinnen. Sie seien dadurch nicht in der Lage, nach eigenen Bedürfnissen zu handeln, sondern richteten sich stattdessen nach starren Prinzipien oder nach den vermuteten Erwartungen der Umwelt aus. Diese mangelnde innere Zentriertheit gehe einher mit einem Gefühl von Leere und Sinnlosigkeit, bei äußerlich wohlgeordnetem und angepaßtem Leben. Beziehungen zu anderen, auch die manchmal vorhandene fröhliche und betriebsame Aktivität, seien oberflächlich, mehr Flucht vor sich selbst und den introjizierten Objekten als Hinwendung zu anderen. Sobald Erwartungen anderer Menschen nicht erfüllt werden könnten - die aufgrund der Introjektion ständig vermutet würden - resultierten Schuldgefühle, ebenso, wenn die Patienten ihre eigene Abhängigkeit und mangelnde Identität wahrnähmen. Zur Aufrechterhaltung ihres inneren Gleichgewichtes seien sie auf die Beziehung zu einem "dominant other", letztlich einem Mutter-Substitut, angewiesen. Es handele sich um eine Abhängigkeitsbeziehung. Soweit die Deskription, auf die einzelnen Faktoren der Psychogenese soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Nach TELLENBACH - wie später eingehender dargestellt wird - zeichnen sich monopolar Depressive durch eine ausgeprägte Leistungsmotivation aus. Der Anspruch an das eigene Leisten ist hinsichtlich Qualität und Quantität gleichmäßig hoch. Weiter charakteristisch ist eine übermäßige Ordentlichkeit, womit auch ein Bestreben gemeint ist, Schuldhaftes in jeder Form zu vermeiden; ihnen käme ein besonders empfindliches

Gewissen zu, sie versuchten durch Fleiß und Gewissenhaftigkeit, Treue und Anhänglichkeit,kein Schulden aufkommen zu lassen.
v. ZERSSEN (1969, 1970, 1976) konnte anhand von Typendiagnosen, später Persönlichkeitsinventaren, auch statistisch abgesichert das Konzept des Typus melancholicus als prämorbider Persönlichkeit endogen Depressiver mit monopolarem Krankheitsverlauf bestätigen, damit auch das in der Eigenschaftsbeschreibung weitgehend identische psychoanalytische Konzept,während die Annahmen KRETSCHMERs sich nicht bestätigen ließen.
Manisch-Depressive entsprechen in ihrer prämorbiden Persönlichkeit eher dem Bevölkerungsdurchschnitt. In einer weiteren Untersuchung kam R. TELLENBACH zu dem Ergebnis, daß ein Teil der Manisch-Depressiven Züge des Typus melancholicus aufweist, eine andere Gruppe aber als eher hypervital i.S. einer hyperthymen Persönlichkeit zu bezeichnen ist (1975).
Nach v. ZERSSEN (1980) ähneln endogen Depressive (monopolar) in ihrer Struktur neurotisch Depressiven, die letzteren wiesen mehr passiv-abhängige Züge auf, die endogen Depressiven mehr anankastische.
Die folgende Übersicht stammt von v. ZERSSEN (1980, S. 155).
"Typische Kombinationen prämorbider Persönlichkeitszüge bei Patienten mit affektiven Psychosen:

"Typus melancholicus"	"Typus manicus"
beharrlich	unstet
auf Sicherheit bedacht	risikofreudig
besonnen	begeisterungsfähig
pedantisch	großzügig
wenig vital	vital
autoritätsgebunden	eigenständig
unoriginell	originell
konventionell	unkonventionell
einseitig interessiert	vielseitig interessiert
phantasiearm	phantasievoll

Beide:

aktiv
tüchtig
gefühlsbetont
warmherzig."

2. TELLENBACHS UNTERSUCHUNGEN ZUR TYPOLOGIE UND PATHOGENESE DER MELANCHOLIE

2.1 Der Begriff des Endon

Vor TELLENBACH fand die Fragestellung, ob bei depressiven Patienten eine bestimmte Struktur der prämorbiden Persönlichkeit festzustellen sei, Erwähnung in einzelnen Beiträgen, u.a. von REISS (1910), LANGE (1928), MAUZ (1930), KRETSCHMER (1955). Viele spätere Autoren greifen in ihren Arbeiten auf TELLENBACH zurück.
TELLENBACH befaßt sich (in "Melancholie", 1976; die folgenden Zitate stammen sämtlich aus diesem Werk) nach Würdigung historischer Erkenntnisse über die Melancholie mit dem Begriff des Endogenen bzw. des Endon. Er will Endogenität nicht verstanden wissen als etwas, das somatisch nicht begründbar ist, er lehnt es ab, diesen Bereich aufgehen zu lassen im psychogenen oder somatogenen Bezirk.
Eine Eigenart des Endogenen sei das Rhythmische, das mit korrespondierenden Bewegungen der umfassenden Natur einherginge, Teil von ihr sei.
Ein weiteres Charakteristikum endogener Psychosen ist die "in ihrer Einheitlichkeit durchbrochene Kinesis des Lebensgeschehens" i.S. etwa einer vitalen Hemmung bei der Melancholie, einer Dissoziation oder Gefügestörung bei der Schizophrenie. Die Wandlungsprozesse biologischer Reifungsstufen seien da, wo sie nicht glückten, ebenfalls als u.U. psychotische Abwandlungen endogenen Geschehens anzusehen.

Fener seien endogene Abwandlungen prinzipiell durch Reversibilität gekennzeichnet. Die Vererbbarkeit endogener Psychosen sieht er in der (genetisch festgelegten) Neigung zu einem Typus, der in der Richtung einer bestimmten Abwandlung endogenen Geschehens besonders gefährdet sei. "Wir erblicken das genetisch entscheidende Merkmal in der Möglichkeit eines spez. Phänotyps - das peristatisch entscheidende Merkmal in korrespondierenden spezifischen Mächten, die das Mögliche in die phänotypische Wirklichkeit bringen" (S. 34). Die

Entwicklung zum Typus melancholicus ist also als genetisch verankerte Möglichkeit zu betrachten; ein solcher Typus konstituiert dann im Verlaufe seiner Entwicklung seine Situation, die u.U. für ihn pathogen werden kann.
Erblichkeit als viertes Charakteristikum des Endogenen ist zu sehen als "Abwandlungsneigung". Als endogen ist zu verstehen, "was sich als Einheit der Grundgestalt in allem Lebensgeschehen hervorbringt" (S. 37). Das Endogene ermöglicht Entwicklung und kann sich erst in Lebensbezügen ausfalten. Statt von endogenen Psychosen sei es geraten, von endo-kosmogenen Psychosen zu sprechen, berücksichtigend, daß das Endon die Entfaltung des Menschen in die Welt bewirkt und gleichzeitig Welthaftes - im Kreisprozeß - auf diese Kräfte zurückwirkt. Das Endon, psychisch und physisch, begründet die Kontinuität von Lebensprozessen.

2.2 Ordentlichkeit als Grundzug des Typus melancholicus

TELLENBACH nennt die Methode, mit deren Hilfe er das Typische melancholischer Seinsweise herausarbeitet, kinetische Typologie - kinetisch hier bedeutend, daß der Weg von der Möglichkeit zur Wirklichkeit aufgezeigt wird, wie also ein Mensch, der von seiner Struktur her zur Melancholie neigt, unter wechselnden Bedingungen immer wieder Situationen einrichtet, die seiner Art der Weltbezogenheit entsprechen und ihn schließlich im Zusammenwirken von Situation und Struktur in eine Melancholie hineingeraten lassen können.

TELLENBACH untersuchte 119 von den 140 in Heidelberg 1959 wegen einer monopolaren Melancholie stationär aufgenommenen Patienten, wobei er besonders auf das Ergebnis der Nachexploration Wert legte, weil während der Erkrankung die Patienten selten Bezeichnendes über sich und die prämorbide Situation mitteilen könnten.
Als bestimmenden Grundzug des Typus melancholicus sieht TELLENBACH das Festgelegtsein auf Ordentlichkeit an, "eine geregelte Abstimmung in den Bezügen einer Person". Dies umfaßt Erscheinung, Umgang mit den Dingen, Bedachtsein auf reibungs-

lose, konfliktfreie menschliche Bezüge. Besonders vermeiden diese Menschen, etwas schuldig zu bleiben. In ethischer Hinsicht haben sie ein besonders ausgeprägtes Gewissen, mit "prohibitiver Funktion", aus Angst, in Schuld zu geraten. TELLENBACH spricht von einem säkularisierten Gewissen, das Schulden und Schuld nicht trennen könne und bereits ein Zurückbleiben hinter den eigenen Leistungsforderungen als Schuld registriere.

Im Arbeitsleben sind Menschen dieses Typs von Fleiß und Gewissenhaftigkeit gekennzeichnet, wobei sie an das Quantum und Quale ihres Leistens gleichmäßig hohe Ansprüche stellen. Gefahr der Erschöpfung und des Hineingeratens in eine Melancholie droht dann, wenn eines der beiden, Umfang oder Sorgfältigkeit des Leistens, unmöglich wird - durch Anwachsen des Arbeitspensums zum Beispiel. Der zur Melancholie Neigende ist dann unfähig, den veränderten Gegebenheiten durch Zurückschrauben seiner Ansprüche an sich selbst Rechnung zu tragen; durch Beharren auf gleichmäßig hohe Leistung hinsichtlich Umfang und Genauigkeit gerät er in Erschöpfung, in ein Schulden und damit u.U. in eine prämelancholische Situation, die TELLENBACH mit den Begriffen Inkludenz und Remanenz näher erfaßt.

Die Ordnung seiner Beziehungen zu anderen Menschen ist dergestalt, daß dieser Typus zum Symbiotischen tendiert, Trennungen, Alleinsein schwer erträgt, weil er sich über das Dasein für andere definiert, was er allerdings gleichsetzt mit Leisten für andere. "Das einfache reine Dasein für andere ohne greifbares Leisten kennt er nicht" (S. 74). Störungen der Ordnung im menschlichen Miteinander, besonders gegenüber nahestehenden Angehörigen, bedrohen stets das Dasein im Ganzen, weil solch ein Mensch mit diesem Dasein für andere dem Leben seinen Sinn gibt.

Die besonders ausgeprägte Sensibilität des Typus melancholicus für Schuldhaftes kann dazu führen, daß im Gefolge einer quälend erlebten Schuld oder dann, wenn sich Schuld nicht vermeiden läßt (immer im Sinne dieser Daseinsordnung),

alte schuldbesetzte Erlebnisse auftauchen. "In diesem Augenblick, wo das Dasein den Blick nicht mehr von der Schuld ablenken kann, der Blick vielmehr nach rückwärts gezogen wird, wo das Dasein von der Schuld nicht mehr losgelassen und gleichsam gegängelt wird; in diesem Augenblick ist bereits jene endogenetische Transposition der Subjektivität vollzogen, gegen die es keine Gegenwehr mehr gibt" (S. 86). M.a.W.: intensives Schulderleben kann die Melancholie vorbereiten, in der Erkrankung taucht dann ein maßlos vergrößertes, aber nicht beliebiges Schuld-Thema auf. TELLENBACH wendet sich nachdrücklich gegen die These, daß die Melancholie nur mit dem Schuldthema "arbeite", bzw. daß das Auftauchen von Schuldgefühlen mit dem Beginn einer Psychose allein erklärt sei.

Kranksein gewinnt für den Typus melancholicus leicht die Bedeutung, daß er infolge der nachlassenden Frische und körperlichen Leistungsfähigkeit gehindert ist, die Ordnungen des Leistens und Besorgens aufrechtzuerhalten, außerhalb derer er sich auf keinen Fall stellen kann. "Krankwerden bedeutet ... Entgleiten der Ordnung; Kranksein ... bedeutet Schulden an das Aufgegebene im Dasein" (S. 94). TELLENBACH zeigt weiter auf, wie auch Generationsvorgänge deshalb zu Melancholien führen können, weil die spezifische Ordentlichkeit der Patientinnen bedroht ist, etwa in der Angst, ein Kind nicht versorgen zu können, kein geordnetes Zuhause mehr schaffen zu können. Situation und Idiokinese des Endon stehen bei zyklusgebundenen Störungen in einer besonderen Wechselwirkung, da dem Endon eine kinetische, zeitgebundene Qualität eigne. Der zur Melancholie neigende Mensch kann seine Ordnung nicht verändern, relativieren, ist darin starr festgelegt, TELLENBACH spricht von "Defizienz des Perspektivischen in der Lebensbewegung". Dies geht einher mit einem Mangel an Überblick, einer Unfähigkeit, Prioritäten zu setzen und Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen.

2.3 Die Konstellationen Inkludenz und Remanenz; endokinetische Abwandlung - Verzweiflung - Melancholie

Nach einer ausführlichen Erörterung der Art des Festgelegtseins des Typus melancholicus in Ordnungen mitmenschlicher und leistungsmäßiger Bezüge kommt TELLENBACH zu einer Erläuterung der Konstellationen, die zu einer "endokinetischen Abwandlung" und damit zum Morbus führen können. Zugrunde gelegt ist ein Situationsbegriff, der die Verschränkung von Individuum und Umständen, die dieses Individuum selektiv konstelliert, umfaßt. "Situation ist immer ein Querschnitt durch den jeweiligen Kontext von Ich und Welt" (S. 120).

INKLUDENZ meint nun einen Situationswandel, welcher den Typus melancholicus in der Weise überfordert, daß eine prämelancholische Situation entstehen kann. Der Situationswandel Inkludenz ist dadurch gekennzeichnet, daß der darin befindliche Mensch einerseits von ihm festgelegte verbindliche Ordnungen, in die er sich "eingeschlossen" hat, nicht aufrechterhalten kann, andererseits aber auch nicht in der Lage ist, das einmal festgelegte Ordnungsgefüge zu übersteigen, zu erweitern, zu einer neuen Art von Ordnung zu gelangen. Beispielsweise könnte durch Nachlassen der Spannkraft oder eine Erkrankung das Leisten und Besorgen für andere in der bis dahin gehabten Weise unmöglich werden. Der Typus melancholicus, der sich in diese Ordnung mitmenschlicher Bezüge "eingeräumt" hat, ist nun nicht imstande, den Umständen entsprechend, eine neue Ordnung zu konstellieren, in der er auf eine veränderte Weise für andere oder für sich selbst dasein könnte, er beharrt auf unverändertem Umfang des Leistens und Besorgens und bewirkt eben darum - zunehmend in Erschöpfung geratend - einen Zusammenbruch des von ihm angestrebten Ordnungsgefüges. Das, woran er unbedingt festhalten will, scheitert eben an seinem Festgelegtsein. Zur Inkludenz gehört das Bestreben, den Zufall auszuschalten. Das Ordnungsgefüge ist Sicherung. "Inkludenz ist Eingeschlossensein in Selbstwidersprochenheit" (S.133). In diesem Zusammenbruch ist die endogen-melancholische Abwandlung vorbereitet.

REMANENZ ist unweigerlich mit Inkludenz verbunden. Remanenz bezeichnet ein Schulden - ein Zurückbleiben hinter Forderungen der selbst gesetzten Ordnungen. Wenn etwa ein Mensch nicht mehr in dem Ausmaß und der Genauigkeit leisten kann, wie es für ihn selbst verbindlich ist, kann er, sofern er Abwandlungen dieser Ordnung nicht zuläßt, in eine Situation geraten, wo er zunehmend und unausweichlich das Lasten einer Schuld erlebt, und weiterhin unter dem Eindruck des gegenwärtigen Schulderlebens entsprechende "Verfehlungen" aus der Vergangenheit wieder ins Bewußtsein kommen, die ihm seine eigene Schuldhaftigkeit nur immer weiter zu untermauern scheinen.
Das Gefährliche liegt für den Typus melancholicus in der immer auch gleichzeitig vorhandenen Inkludenz. Könnte er das für seine Existenz maßgebliche Ordnungsgefüge übersteigen, könnte er die Forderungen an sich selbst abwandeln, oder - zukunftsbezogen - danach trachten, einmal erlebte Schuld durch verändertes Verhalten in Zukunft zu tilgen. Er bleibt aber von der Vergangenheit "besessen", will gewissermaßen die in der Vergangenheit erlebte Schuld auch in der Vergangenheit wiedergutmachen. Da dies unmöglich ist, wird die Situation ihm ausweglos, die Schuld unbewältigbar. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß TELLENBACH von einer "säkularisierten Form des Gewissens" beim Typus melancholicus spricht, der debet und culpa verwechsele. Schuld kann mithin nicht nur eine existentielle Verfehlung sein, sondern schon etwas "Ungehöriges", Pflichten, denen nicht oder nicht gut genug nachgekommen wurde, Irrtümer, sogar Schuldbeimessungen durch andere.
"Es ist das Entscheidende, die Remanenz geradezu Erzwingende, daß die Selbstverwirklichung unmöglich wird, weil ein bestimmt strukturiertes Wesen eine Situation existieren soll, die es nicht existieren kann" (S. 145). Schon in extrapsychotischen Zeiten leben Melancholiker in ständiger Nähe der Remanenz, prämelancholisch tauchen Inkludenz und Remanenz regelmäßig auf.

Unter diesem Druck kommt es zur endokinetischen Abwandlung und nach einem "Hiatus" zur Situation der Verzweiflung. Hier herrscht Zerrissenheit, Unmöglichkeit des Sich-Entscheidens, damit sistiert jede Ordnung, die dem Melancholiker doch so bedeutsam ist. "Es liegt eine furchtbare innere Inkonsequenz darin, daß der melancholische Typus in seiner Psychose gerade die Verkehrung dessen sein muß, worin vor allem sich in gesunder Zeit sein Dasein verstand" (S. 152). Das heißt, der psychotische Melancholiker ist unordentlich, ratlos, unfähig zu leisten, in jeder Hinsicht schuldend.

Zur endokinetischen Abwandlung - dem Beginn der Melancholie - kommt es dann, wenn das Selbst mit seiner Schuldensthematik nicht mehr umgehen kann, sondern davon besessen wird. "Es handelt sich darum, die Verknüpfung einer einsehbaren und in ihrem perniziösen Charakter erfaßbaren endotropen Situation mit der uneinsehbaren und unerfaßbaren, aber auf die Spezifität dieser Situation bezogenen endokinetischen Abwandlungsneigung zu sehen" (S. 157).

Den Beitrag der Psychoanalyse zum Thema Melancholie zu referieren, besonders im Hinblick auf neuere Entwicklungen (MAHLER, JACOBSON, - Autoren der 'Ich-Psychologie') würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, zumal, wie E. JACOBSON sagt "... past and current concepts of depression, and specifically of psychotic depressive states, are still fragmentary, inconsistent and even contradictory" (1975, S. 167).
TELLENBACH erwähnt allerdings seine Übereinstimmung mit zentralen Thesen FREUDs und ABRAHAMs.

2.4 Berührungspunkte mit der Auffassung von Depression bei WYSS

Zwischen TELLENBACHs Ausführungen zur Melancholie und dem im folgenden zu erörternden Verständnis der Depression bei WYSS gibt es mancherlei Berührungspunkte. Mit seinem Begriff der Kinesis als Übergang von Möglichkeit zur Wirklichkeit

spricht TELLENBACH von der Kategorie des Möglichen; bei WYSS: aus den Möglichkeiten entwickelt sich die Wirklichkeit als Gestalt. WYSS spricht von der dekompensierten Abwendung als entscheidendem Merkmal der Depressivität, im Zusammenhang damit, daß die Trauer in der Depression keine Bewegung (mehr) zeigt, eine überwältigende, deformierte, veränderte ist; ein Objekt, um das getrauert wird, ist nicht mehr zu erkennen, ebenso wenig ein anderes Objekt, zu dem der Trauernde sich hinwendete. TELLENBACH: leiden kann der Melancholische nur unter der Obsessivität einer ihm nicht zueignen Trauer. Dekompensierte Abwendung beinhaltet, worauf schon TELLENBACH hinweist, mehr als Verlust, es ist eine Abwendung, in der nicht nur ein Teilbereich verloren wird, sondern ein ganzes Daseinsgefüge zerbricht, damit gleichsam eine objektlose, "leere" Abwendung, in der der bis dahin gelebte Bezug zur Welt aufgehoben ist.

3. DAS KONZEPT DER ENDOGENEN DEPRESSION BEI WYSS

3.1 Der Krankheitsbegriff bei WYSS

3.1.1 Kommunikation als Mitteilung, Aufnahme und Antwort, gegründet im Mangel, primär konfliktbezogen

Nach WYSS sind Lebensprozesse ganz allgemein charakterisiert durch Ungleichgewicht - Mangel hier und Haben dort. Der Mangel und das Bedürfen nach Aufhebung des Mangels, also nach Gleichgewicht, ist Grundlage jeden Lebensprozesses. Ein dauerhaftes Gleichgewicht ist jedoch nicht denkbar, jedesmal kann nur der Übergang zu einem neuen Ungleichgewicht erreicht werden.
Der Mangel ist bereits Gerichtetsein, ein Sein-Wollen. Das Bedürfen führt beim Menschen zur Mitteilung, der Kommunikation liegt also Mangelerleben zugrunde.
In der Äußerung wird ein Thema gesetzt; Kommunikation ist immer gekennzeichnet durch Anteilnahme an einem Thema. Hierunter versteht WYSS eine Bedeutungskonstante, "eine erste Strukturbildung in der Beziehung zwischen Lebewesen und Umwelt" (WYSS 1976, S. 27). Damit ist Vor- und Zuhandenes angesprochen, nicht im Sinne von HEIDEGGER, Thema ist vielmehr Oberbegriff für Greifbar-Sichtbares und Ungreifbar-Unsichtbares, so z.B. Nahrung und Arbeit, aber auch Gefühle und Gedanken. Gegenüber dem Begriff zeichnet sich das Thema durch Bildhaftigkeit, Vieldeutigkeit, die "Eigenschaften des Möglichen" aus.
Kommt es zur Mitteilung, findet - themengebunden, damit bereits strukturiert - ein erster Ausgleich des Kommunikationsbedürfnisses statt, das unspezifische Mangelerleben ist (vorübergehend) aufgehoben, eine erste Kompensation tritt auf. Ein Geben - die Mitteilung - ist verschränkt mit einem Nehmen - Anteilnahme an einem Thema etwa. Jedes Geben ist gleichzeitig auch ein Nehmen.
Das primär Konflikthafte, Antagonistische jeder Kommunikation, bedingt durch die Verschränkung von Geben und Nehmen, hebt WYSS durch den Begriff des Nichtens hervor.

Jemand, der sich freundlich mitteilt z.B., schränkt damit die Möglichkeit des anderen ein, ihm abweisend-schroff zu begegnen. Jemand, der einem anderen etwas gibt, nimmt ihm auch etwas, z.B. die Möglichkeit, in diesem Moment selbst der Gebende zu sein. "Der Mangel ... ist das Erleben der unauflösbaren Abhängigkeit des einen Subjekts vom anderen, der stets nur relativen Aufhebung dieser Abhängigkeit durch die Kommunikation selbst, da diese immer eine Gleichzeitigkeit von Geben und Nehmen ist" (WYSS 1976, S. 40). "Jede Kommunikation ist auch Nichtung desjenigen, mit dem kommuniziert wird" (op. cit. S. 163). "Das Wesen von Kommunikation ist - im Setzen und Gegensetzen aus dem Mangelerleben entstanden - der Konflikt" (op. cit. S. 388). Menschliches Dasein ist von Grund auf konfliktbezogen, beruhend letztlich auf dem Für-Sich-Sein des Einen und dem Für-Sich-Sein des Andern.

Menschliches Sein ohne Kommunikation ist nicht denkbar. "Er (der Mensch) existiert - ist - soweit er sich zur Welt oder sich selbst verhaltend kommuniziert" (op. cit. S. 101). "Die Möglichkeit, sich als Existierender zur Welt und sich selbst verhalten zu können, d.h. mitteilend, aufnehmend und antwortend sich darzustellen, in der Antwort auf Mitgeteiltes Stellung zu beziehen, ist kommunikatives In-Der-Welt-Sein, das Transzendierung zur Welt hin von Anfang an umschließt" (op. cit. S. 101).

Auf einer weiteren Ebene ist menschliches Leben konfliktbezogen: der Mensch ist im Gegensatz zum Tier, bei dem die Kompensation des Mangels instinkthaft geregelt ist (Reiz-Reaktions-Verschränkung) in vieler Hinsicht diesen engen Regulierungen entbunden, damit aber auch fundamentalen Mißverhältnissen, Antinomien, "anthropologischen Mißverhältnissen" ausgesetzt, hat damit zahlreiche Möglichkeiten der Dekompensation, aber auch Kompensation. Der Verlust der primären Identität, die Spaltung zwischen Subjekt und Welt hat zur Folge die Gegensätzlichkeit von Denken und Fühlen, die Gegensätzlichkeit auch der Antriebe untereinander, die

Spannung zwischen Erwartung und Ideal gegenüber der Realität. Der Mensch ist darüber hinaus Spannungen ausgesetzt durch sein gleichzeitiges Existieren als Individuum, Angehöriger einer Gruppe und einer Gesellschaft.
In der Reflexion beispielsweise versucht der Mensch, begrifflich Einheit wiederherzustellen, "sekundäres Vertrauen", es findet eine Kompensation statt, gleichzeitig entsteht die Gefahr einer Dekompensation,insofern er sich, reflektierend, seinen Emotionen entfremden kann. Gleiches gilt für die Ausdifferenzierung willensbestimmter Leistung, die gebunden ist an eine verminderte Hinwendung zu Befindlichkeiten, Fühlen und Antrieben. "Die Differenzierung und Anamorphose des Menschen zum potentiellen Kulturträger erfolgt generell über zunehmend sich differenzierende, einschränkende Kompensationsweisen auf dem Hintergrund des diffusen Mangelerlebens" (op. cit. S. 45).

3.1.2 Die Grundstrukturen, die Modi; ihre Verschränkung und Konflikthaftigkeit

Der kommunikative Austausch findet einerseits in Bindung an das jeweilige Thema statt, ist andererseits nur möglich über die Grundstrukturen menschlichen Seins, Raum, Zeit, Leib und Leistung, die jeweils in verschiedenen Modi gelebt und erfahren werden.

RAUM meint nicht den euklidisch-geometrischen Raum, sondern den gelebten, den der Zuwendung zur Welt und Antwort der Welt auf das Subjekt. Es ist angesprochen der Lebensraum der Gegenwart und Vergangenheit, aber auch der geistige Raum, Orientierung im weitesten Sinne, Normen, Religion und Weltanschauung umfassend. Orientierung wird über Leit- und Vorbilder vermittelt und bestimmt weitgehend das Verhalten gegenüber der Umwelt, ist aber auch Antwort auf Umwelt. In der Ordnung ist der sichtbare Aspekt der Orientierung faßbar. Das Individuum läßt seine jeweilige Ordnung entstehen, indem es gemäß seiner inneren Orientierung auf

die äußere Ordnung (Bezogenheit verschiedener Lebewesen und Umweltaspekte aufeinander) antwortet. Lebensraum wird nur über Mitteilung, Aufnahme und Antwort verfügbar, mit diesem Prozeß findet Orientierung statt in immer differenzierterer Weise. Ordnung entsteht, indem sie vorgefunden wird, ist schon als Möglichkeit im Raum enthalten.

Die jeweilige Art des gelebten Raumes wird bestimmt von den individuellen Kommunikationsmodi, die später erläutert werden sollen. Der Lebensraum ist zumeist keineswegs einheitlich, sondern von Antagonismen geprägt. Die Strukturierung von Ordnungsbezügen geschieht in leibhaft-handelndem Umgang mit der Welt; Raum, damit auch Ordnung und Maß, wird nur über den Leib erfahrbar. Lebensraum und Orientierung sind ein in Ordnungsbezügen zusammenhängendes Ganzes, schränken einander auch ein, "nichten" sich unter Umständen.

ZEIT: Erfahrung des Raumes, der Veränderung im Raum ist Grundlage für das Erleben der Zeit. Zeiterleben entsteht über die Wahrnehmung von Veränderung, Raum- und Zeiterfahrung sind ohne einander nicht denkbar - "unauflösbare Raum-Zeit-Einheit" (op. cit. S. 59), stehen aber auch im Gegensatz zueinander. "..., das Werden sprengt über den Konflikt den Raum, ..., wie die über und aus dem Konflikt sich kristallisierende Gestalt auch eine Raum gewordene Zeitgestalt ist" (WYSS 1973, S. 340). Die Beziehung des Individuums zur Struktur der Zeit umfaßt die Einstellung zu Vergangenheit und Zukunft, möglichen Perspektiven, zu Veränderungen überhaupt. Ebenfalls in den Bereich des Zeiterlebens gehört das Bewußtsein für Verantwortung. Nur ein Mensch, der sich als Urheber einer Veränderung begreifen kann, hat die Möglichkeit, sich als verantwortlich zu erleben, er kann jemanden oder etwas zur Antwort bringen, erlebt "ichhaft". Dieser Zusammenhang ist von zahlreichen Autoren ausgeführt worden z.B. v. GEBSATTEL (1954), BETTELHEIM (1977). Die Zeiterfahrung ist eine Voraussetzung für das Wahrnehmen von Kommunikation in ihrem Nacheinander von Mitteilung, Aufnahme und Antwort, und ohne Kommunikation ist Zeiterleben nicht mög-

lich. Der später zu erläuternde Modus der Auseinandersetzung hat eine enge Beziehung zur Zeit. Aus zahlreichen durchlaufenen Auseinandersetzungen entsteht wiederum Identität, Struktur, also Räumliches, sofern als Ergebnis der Auseinandersetzung eine verantwortliche Entscheidung getroffen wird, es zu einem Binden bzw. Lösen kommt; die bewußte Erfahrung dieses Prozesses ist die Bewältigung. Daß Bewältigung immer nur teilweise möglich ist, liegt an dem Wesen der Zeit - das, was ein Mensch ist, als zu bewältigend erkennt, ist immer schon ein Nicht-Mehr, er, der Erkennende, ist ein anderer geworden.
Auch Schuld ist eine Zeiterfahrung, das Erleben eines Versäumnisses, Nicht-Nachkommens, eine Verfehlung also von Kommunikation. Versäumnis von Kommunikation beinhaltet - aus welchen individuellen Gründen immer - Verweigerung von erwarteter Kommunikation, allgemein oder spezifisch themengebunden. "In der Verweigerung der Kommunikation entsteht Schuld, die ebenfalls als Versäumnis erlebt wird, da in der Verweigerung von Kommunikation offenbar gegen das kommunikative In-der-Welt-Sein selbst verstoßen wird" (WYSS 1976, S. 265). Riesenerwartungen, begründet im Mangelerleben, sind ebenso wenig vermeidbar wie die Verfehlung dieser Erwartungen. WYSS führt aus, daß "... Schuldig-Werden durch Kommunikationsverfehlung und -verweigerung Bestandteil von Kommunikation überhaupt sind" (op. cit. S. 268). Im Sinne etwa auch BUBERs sieht WYSS Schuld an als existentiales Schuldig-Werden gegenüber der Kommunikation. Aber Kommunikationsverfehlung oder -Verweigerung ist oft Folge wiederum von Kommunikationseinschränkungen, die aus Lebensraum, Konstitution oder Disposition entstanden sein können.
Die Grundstrukturen von Raum, Zeit und Leistung werden erst sichtbar in der leibhaften Lebendigkeit. "Der Leib verkörpert die Einheit raum-zeitlicher und leistungsbezogener Vorgänge, er ist diese Einheit selbst, wie er durch die Kommunikation über Wahr- und Aufgenommenes, über Mitteilung und Antwort das Erscheinen dieser Grundstrukturen in ihrer Sichtbarkeit

ermöglicht" (op. cit. S. 64). Durch den LEIB wird In-der-Welt-Sein ermöglicht. Mit der Konstitution sind bestimmte Kommunikationseinschränkungen und -möglichkeiten vorgegeben, also ein Rahmen bestimmt, innerhalb dessen ein Individuum sich mitteilend, aufnehmend und antwortend verhalten kann. Je größer die Zahl möglicher Antworten auf die Umwelt ist, also die Kommunikationsfähigkeit, desto größer ist die Möglichkeit, selbst unter widrigen Bedingungen nicht zu dekompensieren. Durch die Aufhebung der primären Identität kann der Mensch sich gegenüber seinem Leib verhalten, er "ist" Leib und "hat" Leib. Die Identität mit dem Leib wird aufgehoben in Schmerz und Krankheit, Sorge und Reflexion, in Narzißmus und Hypochondrie. WYSS unterscheidet drei Arten des Umgangs mit dem Leib, gewährend-indifferent, erziehend-prägend und asketisch. Die Beziehung zum Leib umfaßt die Körperlichkeit von Wahrnehmung und Bewegung, das Verhältnis zum Emotionalen, zu Stimmungen, Trieben, Wünschen, die Sinnlichkeit, Erotik und Sexualität. Es besteht eine enge Beziehung insbesondere zur Struktur der Zeit, weil Befindlichkeiten und Stimmungen in ihrer Fluktuation der Verfügbarkeit entzogen sind, damit besteht eine Gegensätzlichkeit zu räumlich-ordnenden Faktoren, in deren Dienst der Leib auch wieder gestellt werden kann.

Mit LEISTUNG meint WYSS den Prozeß der Selbstdarstellung des Menschen in planerisch-willensgeprägtem Sinne, also Arbeit. "Leistung sei deshalb hier als Struktur beschrieben, durch die der Mensch die Natur zur Kultur macht" (op. cit. S. 270). Die kulturgeprägte Umwelt, "Zeugwelt" nach HEIDEGGER ist konkrete Darstellung menschlicher Möglichkeiten und gleichzeitig, weil abgeschlossen, deren Einschränkung. "Leistung im oben gekennzeichneten Sinne der Selbstdarstellung bezieht alle Strukturen der Kommunikation im Prozeß des Leistens selbst mit ein" (op. cit. S. 272). Disposition, Leiblichkeit ist ebenso eine Voraussetzung für Leistung wie Strukturierung und in der Kausalität und Verantwortlichkeit auch Zeiterleben. Daß diese Sicht der Dinge - Leistung

als Selbstdarstellung, in der der Mensch über Identifikation mit dem Erstellten strukturiert,ein Ideal darstellt, das unter den gegebenen Bedingungen nur selten zu verwirklichen ist, erwähnt WYSS selbst. Aber es bleibt: der Mensch ist auf eine je spezifische Weise leistungsbezogen. Zahlreiche Konflikte ergeben sich dadurch, daß individuelle Leistungsmöglichkeiten, konstitutionell oder dispositionell bestimmt, in einer Umwelt nicht gelebt werden können. Jeder der im folgenden erläuterten Kommunikationsmodi hat auch Leistungscharakter.

Die Modi:
Von Geburt an entwickelt sich der Mensch nicht gleichmäßig in allen Strukturen; seine hereditär bestimmten Möglichkeiten wie auch die Umwelt und die stets konflikthafte Wechselwirkung zwischen beiden lassen je nach der vorherrschenden Kommunikationsweise - dem jeweiligen Modus - einzelne Strukturen sich entfalten oder zurücktreten. Die sog. Modi bezeichnen das Umgehen mit Umwelt in einer sich ausdifferenzierenden Reihe von Erkunden, Entdecken, Erschließen, Sich-Auseinandersetzen über Binden und Lösen bis zum Bewältigen. Je nach dem vorherrschenden Modus wird eine Struktur deutlicher oder verschwommener, starrer oder veränderlicher sichtbar. Andererseits kann das Vorherrschen einer Struktur die überwiegenden Kommunikationsmodi bestimmen. Die hier gemeinten verschiedenen Kommunikationsweisen werden deutlich in der Entwicklung eines Kindes sichtbar.

ERKUNDEN beschreibt den Prozeß der allmählichen, noch undeutlichen Wahrnehmung der Umwelt und des Individuums selbst. Erkunden ist Beobachten und Feststellen, Horchen, Tasten, Schmecken. Neben dem Wahrnehmungs- hat Erkunden einen Handlungsbezug. Erkundender, handelnder Umgang mit der Welt ist eine Darstellung, eine Mitteilung. "Im Kreisprozeß von Wahrnehmung und Bewegung ist das Erkunden stets Antwort auf das Wahrgenommene, sich dem Erkundenden Mitteilende" (op. cit. S. 106). Später: "Erkundend beginnt die Welt sich als zu bewertende zu zeigen, die hier angsterzeugende, bedrohliche,

vernichtende Züge aufweist, über die wiederum das Kind sich selbst als angsterzeugend oder bergend erfährt." Im Erkunden vollbringt das Kind Leistung und gewinnt Orientierung. Das Erkunden bezeichnet etwas noch Undeutliches, Augenblickshaftes.
Gegenüber dem vergleichsweise abwartenden, zufälligen Beobachten, wie es beim Erkunden geschieht, ist mit ENTDECKEN die Erfahrung von Gegensätzlichem gemeint, daß also vorhandene Erfahrungen in Frage gestellt werden, oft mit Überraschung oder Staunen. "Diese Momente sind in der kindlichen Entdeckerfreude aufweisbar, wenn das Kind z.B. in ein unbekanntes Zimmer sich auf unbekannte Gegenstände stürzt, diese an sich drückt, preßt, abtastet, dann herumdreht, wieder wegwirft usf." (op. cit. S. 107). Entdecken ist mit Neugier engstens gekoppelt. "Entdecken von Neuem in der Außenwelt ist stets Entdecken neuer innerer Erlebnismöglichkeiten, ..." (op. cit. S. 108). Der Modus des Entdeckens hat über die Erfahrung von Gegensätzlichkeit und Veränderlichkeit einen engen Bezug zur Struktur der Zeit.

ERSCHLIESSEN ist der Modus, in dem Sinnzusammenhänge vorlogisch-bildhafter oder logischer Art begriffen werden. Indem das Kind seine Umwelt in der Fülle ihrer verschiedenen Befindlichkeiten erfährt, diese aufgrund wachsender Vertrautheit zu unterscheiden lernt, erschließt es gleichzeitig sich selbst. Mit Erschließen ist so ein tieferes, über bloßes Abwägen und Unterscheiden hinausgehendes Erfassen von Gefühlen und Antrieben gemeint sowie deren sinnvolle Verknüpfung. Bedeutungen werden als zusammenhängendes Ganzes erschlossen. Intuition wäre spontanes Erschließen, Kontemplation ist ein anderer Begriff, der diesem Modus zugehört. Es ist ein Modus der teilnehmenden Kommunikation des verstehenden In-der-Welt-Seins.

AUSEINANDERSETZEN antizipiert mit dem betonten Herausstellen eines Themas möglichen Konflikt (= Setzung eines Gegenthemas, Widerstand), damit Möglichkeiten des Ungleichgewichtes

und der Dekompensation. Das Kind nimmt Gegenstände buchstäblich auseinander und lernt aus dieser Widerstandserfahrung, mit den Dingen ihrer Thematik entsprechend umzugehen. Das heranwachsende Kind macht in der Auseinandersetzung die Erfahrung, in Frage gestellt zu werden und selbst in Frage zu stellen, genichtet zu werden und selbst zu nichten. Vor jedem spezifischen Konflikt ist Auseinandersetzung ein existentialer Modus der Kommunikation, Leben ist weitgehend Bewältigung von Auseinandersetzung; für das Kind schon, wenn es die Erfahrung macht, daß es einen Gegenstand nicht erreichen kann, den es haben möchte und sich mit der Widerständigkeit eines Stuhls zu befassen hat, auf den es klettern möchte - oder wenn es seine Wunschwelt mit der konkreten Wirklichkeit seines Lebens in Einklang bringen muß. Auseinandersetzung ist Bedrohung erlebter Einheit mit der Welt, vermittelt aber gleichzeitig die Erfahrung, Einheit wiederherstellen zu können, durch einen denkerischen Akt etwa oder durch eine emotionale Antwort auf den Widerstand. Auf der personalen Ebene ist Auseinandersetzung durch die Erfahrung von Ungleichgewichtigkeit charakterisiert, durch In-Frage-Stellen und Sich-Messen.

Im auf die Auseinandersetzung folgenden BINDEN bzw. LÖSEN findet Entscheidung für oder gegen statt, mit verbindlichem Charakter; in der noetischen Kommunikation nach dem Gewinnen eines Urteils Erkenntnis, die ebenfalls verbindlich ist. Die Bindung an eine Person, Sache oder ethische Forderung impliziert gleichzeitig die Lösung von zahlreichen anderen Möglichkeiten. Bindende oder lösende Erziehung richtet Traditionen ein bzw. ermöglicht Ablösungsprozesse. Binden und Lösen sind auch Grundvorgänge logischer Begriffsbildung. "Binden" bezeichnet zwei unterschiedliche Weisen der Kommunikation: einmal das verbindliche Stellung nehmen nach Auseinandersetzung, allgemein einem längeren Erkenntnisprozeß; dann aber auch das fraglos-selbstverständliche Gebundensein an Lebensräume, Überzeugungen, Normen, die einfach übernommen werden. Im letzteren Falle kann von einem eigentlichen

personalen Binden oder Lösen nicht die Rede sein. Eine derartige Kommunikationsweise, die eigentlich noch vor dem Erkunden liegt, ist mit dem Modus Binden nicht angesprochen. Sie soll in der Folge als "Gebundensein" bezeichnet werden, womit der passive Charakter einer solchen Kommunikationsweise betont ist.

BEWÄLTIGEN ist immer die Folge von Auseinandersetzun. "Erkunden, Entdecken, Erschließen, Binden und Lösen sind in der Bewältigung - nach Abschluß der diesen Vorgängen immanenten Auseinandersetzungen - vorläufig zu Ende gekommen. Ihre Thematik hat sich als immanentes Telos durchgesetzt und verwirklicht" (op. cit. S. 118). Jedes Bewältigen ist vorübergehend; es kommt zu neuen Gleichgewichtsverschiebungen bzw. wenn dies nicht zugelassen wird, zur Erstarrung, die auch wieder in Dekompensation mündet. "In der Bewältigung von Erkenntnis gelangt die mitteilend-antwortende Kommunikation mit der Welt - und mit sich selbst im Subjekt - zum vorläufigen Abschluß, ..." (op. cit. S. 158).

Was für die Strukturen schon gesagt wurde, daß sie nämlich ineinander verschränkt sind, gilt auch für die Modi. Die Darstellung einer Struktur ist ohne die anderen nicht möglich, gleichzeitig sind die Strukturen gegensätzlich, in sich selbst und untereinander. So ist z.B. Zeiterfahrung ohne Raum und Leib nicht möglich, der Zeit kommt eine Qualität der Veränderung zu, Raum ein statisches Element; Zeit ist Aufhebung des Jetzt, aber auch Konstituierung des Jetzt, in sich paradox.
Schon hieraus ergibt sich eine Fülle von Spannungen, Antinomien, die jedem speziellen Konflikterleben vorgegeben sind. Die Modi bezeichnen nun gleichfalls idealtypische mögliche Kommunikationsweisen, die stets nur 'gemischt' vorkommen - so ist z.B. schon im Erkunden ansatzweise Auseinandersetzung enthalten - die sich aber doch als qualitativ unterschiedliche, aufeinander aufbauende Erfahrungs- und Erkenntnisschritte im Umgang mit der Welt und sich selbst differenzieren lassen. Verschränkung und

Gegensätzlichkeit gilt auch hier, innerhalb eines Modus wie in Bezug auf die Modi untereinander. Leibhaftes, teilnehmend-emotionales Erschließen z.B. kann im Gegensatz stehen zu reflexivem Erfassen von Zusammenhängen, ebenso auch zur Auseinandersetzung, obwohl es eine Voraussetzung für die Auseinandersetzung ist.
Leben ist nach WYSS von Grund auf konflikthaft, ist Umgang mit Auseinandersetzung, in entweder bewältigender oder kompensatorischer Kommunikationsweise. Der Grund für die primäre Konflikthaftigkeit des Daseins liegt erstens im Leben und Kommunikation überhaupt begründenden Mangel und der Gleichzeitigkeit von Geben und Nehmen, wie oben ausgeführt, also der jeweils nur unvollständig möglichen Aufhebung des Mangelerlebens; zweitens in den anthropologischen Mißverhältnissen und drittens in der Gegensätzlichkeit der Strukturen und Modi, in denen sich menschliches Leben darstellt und ereignet.
Aus dieser Fülle von Spannungen und Gegensätzlichkeiten ergeben sich zahllose Weisen des Bewältigens im eigentlichen Sinne und der Kompensation, die zu Erweiterung und Differenzierung führen kann, aber auch zu Einschränkung und der Gefahr der Dekompensation.

3.1.3 Formen der Kompensation; Abwendung als gemeinsames Charakteristikum einschränkender Kommunikationsmodi

Kompensation entspricht einer bestimmten Form des Ausgleichs. Ausgleich des Mangelerlebens, des Kommunikationsbedürfens, ist grundsätzlich möglich durch Befriedigung des Modus selbst. Diese konkrete Erfüllung ist allerdings nur vorübergehend, weil wieder eine Einschränkung gegenüber dem grundsätzlich Möglichen, dem diffusen Mangelerleben. Die zweite mögliche Antwort ist die Ausdifferenzierung der Strukturen, durch neue Kommunikationsebenen, dazu gehört u.U. das oben erläuterte (vorübergehende) Bewältigen. Als drittes treten, um Ungleichgewicht zu vermeiden, spezifisch einschränkende Kommunikationsweisen auf, u.U. mit Angst ver-

bunden, in jedem Fall mit der Gefahr der Dysregulation, des Gestaltverfalls, also der Dekompensation. Zur Erläuterung dient WYSS hier die Rationalisierung, deren Erkenntnis rechtfertigenden Charakter hat bzw. die Ideologie, die Widersprüche erträglich machen, aufheben, damit kompensieren soll. Das gemeinsame Charakteristikum der einschränkenden Kommunikationsmodi ist Abwendung.
Von Kompensation spricht WYSS, solange für den grundsätzlichen Mangel - das Bedürfen - jeweils vorübergehende Lösungen gefunden werden, die einen Ausgleich des Mangels ermöglichen im Einklang mit den antagonistischen Kräften, denen das Individuum ausgesetzt ist, innerseelisch wie im Austausch mit der Welt. Der Unterschied zwischen Kompensation und Bewältigen liegt darin, daß das Subjekt "in der Kompensation ... das in der Bewältigung zu erstellende Verhalten zur möglichen Wahrheit seiner Erkenntnisse, Orientierung und Ordnungsbezüge ..." (op. cit. S. 161) nicht erreicht.
Abwendung kann dann auftreten, wenn die verschiedenen Kommunikationsmodi auf Widerstand und Abweisung stoßen. Solange in der Abwendung eine Hinwendung zu etwas anderem geschieht, bleibt Kompensation über Kommunikationserweiterung an anderer Stelle erhalten; Abwendung kann nicht nur durch mangelnde Zuwendung der Außenwelt, sondern auch innerpsychisch als Folge konflikthafter innerer Impulse entstehen, beispielsweise kann sich ein Mensch von seiner Möglichkeit des Entdeckens abwenden, wenn etwa zu Entdeckendes im Widerspruch stünde zu seiner traditionellen Orientierung, also von einem ganzen Modus und selbst einer darüber vermittelten Struktur. "Aus der Abwendung von einzelnen Kommunikationsmodi entwickeln sich dominierende Kommunikationsweisen, die dem jeweiligen Individuum ein bestimmtes, ..., aber einseitiges Kommunizieren vermitteln" (op. cit. S. 341).
Auf diese Weise werden einseitige Lebenseinstellungen sichtbar, worin Modi und Strukturen kompensiert werden, von denen der Betreffende sich abwandte.
Als Unterformen der Abwendung beschreibt WYSS Abwehr, Ab-

sorption und Neutralisierung. Abwehr ist gekennzeichnet durch Abkapselung, Isolierung, Sich-Verstecken. Diese Form der Abwendung hat noch insofern Auseinandersetzungscharakter, als eine mögliche Gefahr bzw. ein möglicher Gegner wahrgenommen wird, statt zur Auseinandersetzung kommt es aber zur Verteidigung und zum versteckten Agieren.

Bei der Absorption besteht die Kommunikationseinschränkung darin, daß zugunsten einer Tendenz, eines Themas - 'Grundeinstellung' - andere Strukturen und Modi, die Anlaß zur Auseinandersetzung mit den dominierenden Tendenzen wären, zurücktreten müssen, sich unterzuordnen haben.

Bei der Neutralisierung werden Gegensätze zu einer Kompromißbildung geführt, indem für die widerstreitenden Impulse oder Interessen ein gemeinsames Thema gefunden wird, das einen Ausgleich durch wechselseitiges Geben und Nehmen ermöglicht, wie etwa beim Tauschprinzip. Auch gegensätzlich erlebte Modi werden neutralisiert, dies ist sogar eine wichtige Voraussetzung für die Erweiterung von Kommunikation, etwa kann von Angst geprägtes Sich-Erschließen durch Reflexion erleichtert, 'entschärft' werden.

Abgesehen von diesen drei Möglichkeiten sieht WYSS sogenannte gesellschaftlich bedingte Kommunikationseinschränkungen und -kompensationen. Dazu zählt er die Alltäglichkeit; diesen "tragenden Grund menschlicher Existenz" nennt er Modus der Selbst- und Seinsvergessenheit. Seine ausgleichende Wirkung ist in der Kommunikationsreduzierung zu sehen. Selbstverstehen und selbstvergessene Alltäglichkeit sind nur miteinander und als Gegensätze zueinander möglich. Weiter dienen innerhalb eines gesellschaftlichen Gefüges Rollen zur Orientierung. Schließlich bezeichnet WYSS mit "institutionalisierte Anteilnahme" den Vorgang der Verbandsbildung des Menschen über die Teilnahme an einem System, z.B. der sozialen Sicherung.

3.1.4 Dekompensation - Krankheit als Kommunikationseinschränkung bzw. -verlust

Kommunikationseinschränkung, Abwendung erfolgt, um Ungleichgewicht zu begegnen, das sich entwickeln könnte, in der Einschränkung liegt dann erneut die Gefahr des Ungleichgewichtes, der Dekompensation. Dekompensation meint einen Zustand, der durch Dysregulation und Gestaltverfall gekennzeichnet ist. Er kann sowohl als Folge von Auseinandersetzung wie auch als Folge vermiedener Auseinandersetzung und damit Erstarrung eintreten. Auch in der Dekompensation sind Strukturen erkennbar, allerdings gegensätzliche, die unvermittelt und unvereinbar nebeneinander stehen, wobei "leibhafte und psychische Dekompensation in ständiger Wechselbeziehung sowohl zueinander stehen als daß sie auch einander kompensieren" (op. cit. S. 394). In der Dekompensation werden typische Grundgestalten erkennbar, die ein bestimmtes Krankheitsbild ausmachen bei aller individuellen Variabilität.
In der Dekompensation wird der mit jeder Kommunikation einhergehende Widerstand als bedrohliche Belastung erlebt, die nicht mehr ausgleichbar ist. Zunehmende Kommunikationseinengung wird zur Dekompensation, wenn die verfügbaren Modi einer inneren oder äußeren Belastung nicht mehr begegnen können.
Krankheit ist partielle oder totale Dekompensation, Kommunikationsende. Zur Frage der Kausalität weist WYSS darauf hin, daß es zwar möglich ist, die Zusammenhänge, die vermutlich zur Dekompensation führten, im Nachhinein zu rekonstruieren, daß aber auch mit plausiblen Erklärungen nur wenige von vielen Möglichkeiten erfaßt würden (Verwechslung von möglich und notwendig); der Beobachter werde damit dem Wesen des Subjekts, seiner ständigen Bezogenheit auf den aperspektivischen Hintergrund nicht ausreichend gerecht.

Zu erwarten ist allerdings, daß Menschen, die in ihrer Kommunikation weitgehend eingeschränkt sind, bei situativer äußerer oder innerer Belastung zu Dekompensation neigen, speziell dann, wenn sie einseitig kommunizieren, etwa nur

über Ordnung und Leistung. "Je mehr dagegen der Mensch den Schwerpunkt seiner Existenz auf einen bestimmten 'Bezirk' (Lebensraum, Leistung, Leib z.B.) ... derselben oder in mit diesem Bezirk zusammenhängende Kommunikationsmodi verlegt, umso näher rückt die Gefahr, daß er aus dem Gesamtbezug zu seinen möglichen Kommunikationsmodi 'herausfällt', 'teilweise' oder ganz dekompensiert, d.h. faktisch auch leibhaft erkrankt" (op. cit. S. 164). Dort heißt es vorher: "Demnach würden Bewältigen, 'Wahrheit' und Kommunizieren sich in folgendem Verhältnis zueinander bewegen: je vielfältiger die Kommunikation umso vielfältiger die Möglichkeit der Bewältigung von Kommunikation. Damit wächst die Möglichkeit, sich bewältigend zu der 'Wahrheit' der eigenen Existenz verhalten zu können."
Krankheit ist Kommunikationseinschränkung bis zum Kommunikationsverlust, hier kann der Konflikt, "... notwendige Manifestation lebendigen menschlichen Seins ...", "Bestandteil lebendigen Werdens" (WYSS 1973, S. 270), nicht über Bewältigung oder kompensatorische Erweiterung oder Modi der Abwendung gelöst bzw. in einem für das Individuum erträglichen Gleichgewicht gehalten werden. Konflikt, lebensnotwendig, schließt immer die Möglichkeit der Dekompensation ein, ebenso wie er zu Entfaltung und Differenzierung Anlaß gibt. WYSS wendet sich also gegen eine Auffassung, die Konflikt generell als pathologisch oder pathogen ansieht.

Das Symptom ist "... das mehr oder minder dramatische Erscheinen gegensätzlicher Beziehungs- und Bedeutungsstrukturen des Innen." D.h. also, daß im Symptom die prinzipielle Antinomie verschiedener Modi und Strukturen besonders deutlich zu Tage tritt (op. cit. S. 280).

3.2. Die depressive Kommunikationsstörung

3.2.1 Depression als Abwendung, gegründet in anthropologischen Mißverhältnissen

Ausführliche Erläuterungen dazu finden sich in "Beziehung

und Gestalt", Kap. IX; Zitate sind, wenn nicht ausdrücklich anders erwähnt, dieser Darstellung entnommen.

Depression ist nach WYSS fundamental eine Störung der Zuwendung. Menschliches Dasein konstelliert sich in der Zuwendung; WYSS spricht auch von zuwendender Wahrnehmung, die das, was wahrgenommen werden soll, als intentionale Bewegung vorentwirft. Während periodischer Wechsel von Zu- und Abwendung, etwa im Wachen und Schlafen, Ausdruck menschlichen Daseins ist, liegt bei der Depression eine dekompensierte Abwendung vor - eine unter vielen Reaktionsmöglichkeiten des Menschen auf innere oder äußere Belastungen. "Die Abwendung ist nicht Folge der Depression, sondern die Depression selbst ist - in der Skala möglicher Formen von Abwendung - die über die Antwort auf Enttäuschung oder Widerstand hinausgehende Abwendung, sie ist leibhaft-globale Abwendung von In-Der-Welt-Sein, die ihren sinngemäßen Abschluß im Suizid findet" (S. 349).
Das Vermögen jedes Menschen, depressiv zu erkranken, gründet in der anthropologischen Grundsituation, d.h. dem Erleben der Nicht-Identität, anders ausgedrückt: in der Möglichkeit des Menschen, in der Reflexion Weltzuwendung aufzuheben.
Während das Tier, das seinen Antrieben folgt, in einer bildgebundenen Umweltverschränkung lebt, gehört zur menschlichen Konstitution eine Instinkt-Antriebs-Dysregulation. Weniger eng eingebunden in instinkt-regulierte Verhaltensmuster als das Tier, erlebt der Mensch nur kurzfristig eine Aufhebung von Identität und Nicht-Identischem, wenn er seinen Antrieben folgt. Letztlich aber ist menschliches Leben charakterisiert durch eine Dysregulation der Antriebe. Hier wird ein Begriff wichtig, mit dem WYSS sich auf die Werke von EIBL-EIBESFELDT und GEHLEN bezieht, der Begriff des Antriebsüberschusses. Damit soll gesagt sein, daß das biologische Antriebspotential des Menschen durch die Lebenswelt (speziell des industriellen Zeitalters) nicht abgesättigt ist. Der Antriebsüberschuß des Menschen ist nun die Voraus-

setzung für die Entstehung von willentlicher Handlung einerseits, Reflexion - besonders die Frage nach dem Ort des Menschen in der Welt - "Woher, Wohin, Warum, Sinn des Lebens" - andererseits. Durch den Antriebsüberschuß ergibt sich die menschliche Möglichkeit der Reflexion, andererseits lähmt und erschöpft die Reflexion, die auch als Versuch angesehen werden kann, Identität gedanklich wiederherzustellen, die Antriebe. Letzlich ist hier die Diskrepanz zwischen Geist und Leben angesprochen. Reflektiertes Leben ist ein entfremdendes, insofern als spontane Zuwendung zur Welt darin aufgehoben ist. Je unverlässlicher Zugewandt-Sein zur inneren oder äußeren Welt wird, im Handeln etwa oder in der Beziehung zur Emotionalität, desto mehr überwiegt die Abstraktion, die wiederum das Antriebserleben weiter erschöpft.

Depressives Kranksein also - eine Dekompensation der Abwendung - gründet in der anthropologischen Grundsituation, der Aufhebung der primären Identität, der Spaltung zwischen Subjekt und Welt. Die daraus sich ergebenden Spannungen wurden oben als "fundamentale Mißverhältnisse menschlichen Daseins" erläutert.
"Die Disposition zur Depression als dem Mensch-Sein anthropologisch immanente Möglichkeit wäre - vorläufig zusammengefaßt - vorgegeben durch

1. Primären Identitäts- und Vertrauensverlust, der Voraussetzung für die Spaltung von Antrieben und Entstehung von Reflexionen ist;

2. Dysregulation der Antriebe im Sinne einer durch das Mensch-Sein konditionierten Möglichkeit zu vitalem Ungleichgewicht infolge des Vermögens zur Reflexion;

3. Zunehmende Diskrepanz zwischen Reflexion und Antrieb, da rein antriebsbestimmtes Verhalten auf Fragen keine Antwort erteilt;

4. Erschöpfung des fragenden Individuums, das ein antriebsbestimmtes Leben nicht erfüllt, durch Erschöpfung der An-

triebe, 'Aushöhlung' derselben durch die ermüdende, die Vitalität der Antriebe schwächende Reflexion.

5. Dekompensation der vorgegebenen Mißverhältnisse in der krankhaften Abwendung" (WYSS 1973, S. 353).

Dem depressiv erkrankten Menschen gelingt es in der Regel nicht mehr, den primären Identitätsverlust durch Prozesse auszugleichen, die für andere Individuen als Korrektiva möglich sind, etwa durch Handeln, durch neue Erkenntnisprozesse, durch Identitätssuche in Vergangenheit oder Zukunft, durch Identifizierung mit elterlichen oder gesellschaftlichen Normen und Überanpassung. Speziell die letzteren Faktoren sind im Vorfeld der Depression erkennbar, haben aber die Zuwendung zur Voraussetzung, die der depressiv Erkrankte nicht mehr leben kann.
Mit dem Hinweis, daß nur eine krankhafte Form von Abwendung möglich ist, allerdings eine kompensierte oder dekompensierte, lehnt WYSS eine grundsätzliche Unterteilung in reaktive und endogene Depressionen ab. Da er von der Symptomatik ausgeht, die auf typisch veränderte Weltbezüge - Kommunikationsstrukturen und -modi - verweist, nicht von nosologischen Einheiten, trennt er auch Depression bei monopolaren und bipolaren Cyclothymien nicht grundsätzlich, erkennt auch der Altersdepression keine Sonderstellung zu.

Ausdrücklich betont er das Zusammenwirken emotioneller und biochemischer Faktoren in der Entwicklung dieser Erkrankung, wobei auf letztere im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden soll.
WYSS hält eine konstitutionelle Grundlage der Cyclothymie für sehr wahrscheinlich, er spricht von einer spezifischen Susceptibilität entsprechend disponierter Menschen für die Prozesse des Abbaus, des Vergehens und von Affinität zu krankhafter Abwendung. "In Erschöpfung und Depression erfährt der Kranke sich selbst als vergehenden Organismus und antizipiert das Sterben. Er registriert diesen Vorgang in der Befindlichkeit der Erschöpfung sowohl somatisch-leib-

haft wie auch innersubjektiv" (WYSS 1973, S. 355).

Die Frage der Auslösung betrachtet er als irrelevant. Eine kausale Betrachtungsweise i.S. allgemeiner Plausibilität (z.B.: auf Verlust folgt Depression) läßt außer acht, daß Depression = Abwendung nur eine unter vielen möglichen Antworten auf Verluste ist - Hintergrund des Möglichen, der Aperspektive. Außerdem ließen sich solche Kausalitäten nicht immer nachweisen. Er erinnert nachdrücklich an die Multikonditionalität leibhafter und subjektiver Faktoren für die Entstehung von phasischen Psychosen.
Wohl aber ist es möglich, von einer besonderen Gefährdung zur depressiven Dekompensation zu sprechen, und zwar dann, wenn die prämorbide Persönlichkeit durch Kommunikationsweisen gekennzeichnet ist, die in ihrer Erstarrung ("kompensierte Dekompensation") der depressiven Monotonie und Stereotypie nahekommen.
Mit der Manie, die WYSS als eine Dekompensation der Zuwendung ansieht, hat die Depression gemein, daß in beiden Fällen eine Störung des Maßerlebens vorliegt. Es wird bei der Depression, wie auch bei der Manie,keine Intentionalität mehr sichtbar; statt Zuwendung oder Abwendung auf etwas hin stellt sich nur noch dekompensierte Zu- oder Abwendung stereotyp dar. Hier ergeben sich Berührungspunkte zu BINSWANGER, der von Leerlauf und Fehlen eines Themas, eines Worüber bei den an Melancholie Erkrankten spricht, dies allerdings ableitet aus der veränderten Struktur der Zeitlichkeit, während WYSS Zuwendung als eine Voraussetzung für die Ausbildung dieser Struktur - über die Modi - ansieht.
Eine erste Steigerung der zum menschlichen Leben gehörenden Diskrepanz zwischen Antrieb und Reflexion - WYSS verweist in diesem Zusammenhang auf die Funktion der Mythen, die diese Spaltung überbrücken und Einheit wiederherstellen sollen - wird sichtbar in der Befindlichkeit der Langeweile. Langeweile ist bereits eine deutliche Form von Abwendung, insofern nämlich in diesem Zustand der betreffende Mensch in rein antriebsbestimmtem Verhalten allein keine Befriedigung erfährt,

ihm elementare Bedürfnisse 'irgendwie' nicht abgesättigt erscheinen, er aber andererseits keine Antwort auf seine Befindlichkeitsveränderung spürt, was mit seinem ausbleibenden Fragen zusammenhängt. Darin liegt bereits ein Stück Abwendung von der Welt. WYSS spricht von Nichts-mit-sich-anfangen-Können bzw. von sekundärer Dysregulation der Antriebe. Auf den Zusammenhang zwischen Langeweile und Depression hat u.a. auch BOSS hingewiesen (1971).

Die Erschöpfung stellt einen nächsten Schritt in Richtung der Abwendung von der Welt dar. Hier spürt der Kranke in der Folge körperlicher oder innerpsychischer Vorgänge seine Unfähigkeit zu handeln, seine Antriebslosigkeit, "... das Wachen weicht zunehmend dem Dasein aus" (S. 355). WYSS weist darauf hin, daß generell Erschöpfung mit Abbauvorgängen einhergeht und hält für möglich, daß Menschen, die zur Depression neigen, in besonderer Weise durchlässig sind für eigene Abbauvorgänge, daß sie etwa eine Art Intoxikation mit Abbauprodukten erführen, "substantialisierte" Vergänglichkeit gewissermaßen als somatischer Aspekt der Erschöpfung; subjektiv erfährt der depressiv Erkrankte sich als vergehend, nicht mehr antworten könnend, worin sich der Zusammenbruch von Kommunikation mit Welt anzeigt.

3.2.2 Depressives Schulderleben und depressive Trauer - Störung der Zeitstruktur

In der Frage des depressiven Schulderlebens schließt sich WYSS der Einteilung in primäres und sekundäres Schulderleben an. Ersteres wäre Schulderleben ohne eigentliche Inhalte, Schulderleben dem Werden gegenüber, der Erlebensaspekt der erschöpften Befindlichkeit, Schulderleben aus Abwendung von Kommunikation mit Welt. V.E. v. GEBSATTEL spricht von "Aufhebung des gelebten Weltbezuges" (1964, S. 208), führt eben dort weiter aus: "Wobei dann Schuldgefühle erwachen - diese zu verstehen als Ausdruck der Unfähigkeit, durch spontanes Eingehen in die Zukunft die Schuld des Daseins abzutragen und sich im Sinne des Produktiven, des Guten und Besseren

zu wandeln zu können" (op. cit. S. 215). Der enge Zusammenhang mit einer veränderten Struktur der Zeitlichkeit soll später noch einmal aufgegriffen werden. TELLENBACHs Einwände gegen eine Trennung in primäre und sekundäre Schuld wurden bereits dargelegt. Dennoch spricht auch er von "Seinsschuld" (TELLENBACH 1976, S. 160), zitiert dort KIMURA's "Nachhinken des Seins hinter dem Sollen" - alles Beschreibungen eines Schulderlebens aus Abwendung von Kommunikation, von Leben überhaupt.

"Erst in der Erschöpfung der Depression, im Nachlassen der Vitalität manifestiert sich diese 'Urschuld' des Geistes durch den krankhaften Prozeß: der Depressive fühlt sich als 'Geistträger' für die primäre Identitätstrennung verantwortlich, wie er sich auch als deren Opfer ahnt" (WYSS 1973, S. 356). Aufbauvorgänge, das vitale Erleben des Werdens sind in der depressiven Erschöpfung unmöglich, Geist, Reflexion überwiegt, läßt sich aber nicht mehr umsetzen in Handlung, die zu einer neuen Einheit führen könnt, wird daher als "blinde Schuld" erlebt. Dieses Schulderleben bemächtigt sich dann einiger weniger Fragmente aus der Vergangenheit.

In einer weiteren Hinsicht sieht WYSS Erschöpfung und Schuldgefühl verschränkt: der Depressive in seinem mit Erschöpfung einhergehenden Nicht-Handeln-Können erlebt sich nicht mehr als verantwortlich im Sinne von Antwort veranlassend, Veränderung bewirkend, Verantwortung wird im Negativ erlebt als "nicht vollzogen". Darüber hinaus betrifft sekundäre Schuld Versäumnisse, die die Kranken erleben, weil sie krankheitsbedingt bestimmten, ihnen wesentlich erscheinenden Forderungen nicht mehr nachkommen können. Auf die Verflechtung des jeweiligen Schulderlebens mit dem individuellen Wertgefüge hat JANZARIK hingewiesen (1957). BINSWANGER (1960) hebt eher die Beliebigkeit des Schuldgegenstandes hervor, spricht vom εἶδος Schuld und dessen Entstehung durch Zusammenbruch der Zeitstruktur. GLATZEL (1973) spricht bei einigen seiner Patienten von "Externalisierung der cyclothymen Schuldgewiß-

heit", die er als Versuch der Kranken beschreibt, über einen faßbaren Gegenstand der Schuld wieder handlungsfähig zu werden. Diese thematische Fixierung der Schuldgewißheit bedeute in gewissem Sinne Entlastung. Und weiter: "Deutlicher als bei vielen anderen, im Rahmen endogener Psychosen auftretenden Erlebnisweisen, hat man hier den Eindruck, als führe die Erkrankung nicht eigentlich zu abnormem Erleben, sondern als enthülle sie lediglich einen Grundtatbestand des Daseins" (op. cit. S. 131). Dies schreibt GLATZEL im Einklang mit WYSS, der ebenfalls die allgemein-menschliche Möglichkeit, depressiv zu erkranken, hervorhebt, im Gegensatz aber etwa zu BINSWANGER, der (1960) das psychotische Erleben als "Experiment der Natur" bezeichnet. Auch BOSS (1971) spricht von dem existentialen Schuldig-Sein des Menschen, der notwendig hinter dem vollen Austrag seiner Existenzmöglichkeiten zurückbleiben müsse. Sinngemäß könnte man mit BOSS sagen, der Mensch erlebe sich in der Depression als einer, der nicht mehr in Anspruch genommen werden kann - Wegfall des "lebensnotwendigen Angesprochenwerdens" in der Erkrankung (BOSS 1971, S. 460). Hier ist der Wegfall des besonderen Verwirklichens in Leistungsbezügen erwähnenswert, das von TELLENBACH ausführlich erörtert worden ist. Auch BUBER (1963) weist mehrfach darauf hin, daß den Chassidim die Melancholie, als Abkehr vom Dialog mit dem lebendigen Dasein, als Schuld gegolten habe. Schulderleben sieht auch er als dem Menschen zutiefst zugehörig an, vielleicht am tiefsten empfunden in der Melancholie, "sündig" deshalb, weil Perspektivität, Zukunft, Mögliches den Depressiven nicht mehr erscheinen kann.

Einen ähnlichen Sachverhalt spricht MINKOWSKI an, wenn er das Steckenbleiben in der Frage Wozu? (im Zusammenhang mit dem depressiven Kleinheitswahn) als eine Steigerung der Lebensverneinung ansieht, hier sei der Frager nicht mehr auf den Tod bezogen, an dem noch Lebendiges sei, sondern auf "den Gedanken der Begrenzung, der Kleinheit des Ichs gegenüber der Unendlichkeit und der Ewigkeit der Welt" (MINKOWS-

KI 1972, S. 67).
Trauer ist nach WYSS die Antwort auf das Wissen um die eigene Zeitlichkeit, die eigene Vergänglichkeit. Der Depressive kann im Gegensatz zum Gesunden dies Wissen nicht in eine ferne Zukunft drängen, sondern nimmt, indem er selbst leibhaft vergeht, sich als vergehend wahr - er "hat nicht mehr die Möglichkeit, auch zu trauern, denn, dem Vergehen ausgeliefert, muß er trauern, ist die Alternative zu dem 'Auch' geschwunden" (1973, S. 358). Des weiteren ist Trauer das Erleben, daß die Welt sich abwendet, wie auch das Erleben der eigenen Abwendung von der Welt, die etwas genommen hat, beim Gesunden wie beim Depressiven, nur daß der letztere im Zustand der Erschöpfung zunehmend in Reflexion hineingerät, antwortlos bleibend zu weiterer Abwendung kommt, in sich steigernde Erschöpfung hineingerät usw. WYSS spricht hier von einer Spirale. Dieses Verständnis von Trauer ist ein grundsätzlich anderes als das psychoanalytische, wie es in grundlegenden Arbeiten von FREUD und ABRAHAM ausgeführt wurde. Dort wird die Trauer als Verarbeitung von Verlusterleben unterschieden von der Melancholie, die einen Ersatz für oder einen Schutz vor der Trauerarbeit darstellt.

Die depressive Veränderung des Zeiterlebens ist in einem Satz von MINKOWSKI eindrücklich festgehalten: "Die Vergangenheit wird vertreten durch die Schuldgefühle, die Zukunft durch die Erwartung der bevorstehenden Strafe. Die Gegenwart, wie zwischen den Fehlern der Vergangenheit und der Sühne der Zukunft eingeschlossen, scheint vernichtet zu sein" (MINKOWSKI 1972, S. 153).

4. VERWANDTE ANTHROPOLOGISCHE ARBEITEN ÜBER STÖRUNGEN DEPRESSIVEN ERLEBENS

4.1 Störungen der Zeitstruktur und der gelebten Zeit (BINSWANGER, v. GEBSATTEL, MINKOWSKI, STRAUS)

Da WYSS sich in der Frage des depressiven Zeiterlebens auf die Arbeiten von BINSWANGER, v. GEBSATTEL, MINKOWSKI und STRAUS bezieht, sollen Abschnitte von deren Arbeiten zunächst kurz referiert werden.

BINSWANGER hat in "Melancholie und Manie" (1960) die depressive Abwandlung des Zeitgeschehens erörtert, es geht ihm also um die Veränderung der zeitlichen Objektivität, um das Intentionale, nicht um die Veränderung des subjektiven Erlebens, das auf ersterem gründet und von den anderen Autoren ausführlicher dargestellt ist (mit anderem Arbeitsansatz, BERGSON verpflichtet bei MINKOWSKI, der die strukturell-genetische Methode v. GEBSATTELs seiner Strukturanalyse ähnlich sieht, auf eine andere 'Vitalitätslehre' bezogen bei STRAUS).

BINSWANGER nennt im Anschluß an HUSSERL als intentionale Aufbaumomente zeitlicher Objektivität Protentio, Retentio und Präsentatio. Diese drei Momente spielten beim Melancholiker in einer gegenüber dem Normalen veränderten Weise zusammen, indem die Retentio sich mit der Protentio verwechsele (BINSWANGER 1960, S. 27). Damit entfiele ein eigentlicher Gegenstand protentiver Akte, ein "Worüber", und es käme zu keiner Präsentatio, die angewiesen ist auf Protentio und Retentio. Sinnlos sei dann Retentio, weil im melancholischen Selbstvorwurf nicht mehr Begründung des Präsenten; sinnlos sei auch Protentio, weil, mit retentiven Momenten durchsetzt, nur noch leere Möglichkeit; BINSWANGER spricht auch vom Verlustcharakter der melancholischen Protentio, der die unerschütterliche Gewißheit zukäme, die sonst nur die Retentio auszeichnete. Mit diesem veränderten Gefüge einher geht der "Verlust an Erfahrung an intentionalen oder transzendentalen zeitigenden Möglichkeiten". Weiter: "Diese Einbuße des Da-

seins - nicht der (mundanen) Persönlichkeit - an transzendentalen Möglichkeiten macht nicht die melancholische Verstimmung, sondern ist schon melancholische Verlust-Stimmung" (op. cit. S. 47). BINSWANGER fährt fort: Depression sei Verlust oder Verlieren schlechthin. Depressives Leiden bestünde recht eigentlich im Fehlen eines Thema, eines Worüber (Präsentatio), wie es sich aus der zeitlichen Gefügestörung ergibt - melancholischer Selbstvorwurf und melancholische Schuld seien als Versuch anzusehen, immerhin noch eines 'Ersatz-Themas' habhaft zu werden. Der gesamte Fluß der Zeitigung des Denkens ist also grundlegend verändert.

MINKOWSKI betrachtet nicht die Veränderung konstituierender Momente der zeitlichen Objektivität, sondern die veränderte Zeiterfahrung, er sucht eine elementare Störung, die allen an Depressionen Erkrankten gemeinsam ist, die sich auf deren gesamte Persönlichkeit bezieht, und nennt diese Grundstörung "mentale Subduktion in der Zeit" (MINKOWSKI 1972, S. 67). Er sagt von einem Patienten mit melancholischem Wahn, dieser habe keine Ausrichtung auf die Zukunft, die Zeit teile sich ihm in isolierte Momente auf, unintegriert, verflösse grau, gleich und monoton. "Sie [die Tage] verstreichen nicht im Gefühl der Lebenskontinuität; jeder tritt wie eine alleinstehende Insel aus dem grauen Meer der Zukunft hervor, mit einem eigenen Existenzanfang; ...; man könnte sagen, daß dieses Dasein die Dimension des notwendigen Voranschreitens und Entfaltens vollkommen verloren hat" (op. cit. S. 22). Zugrunde liege ein "Zerbrechen des personalen Elans". Damit werde die Zukunft versperrt und verschließe sich. Die Gewißheit eines unentrinnbaren Verhängnisses - bei diesem Kranken einer Hinrichtung - sei als ein Versuch des Denkens anzusehen, die empfundene Veränderung in einen Gedanken normalen Weltverständnisses zu übersetzen, plausibel zu machen, "zwischen den verschiedenen Steinen des Gebäudes, das auseinanderfällt, eine vernünftige Beziehung zu errichten" (op. cit. S. 23). Die Zukunft erschiene bei Auflösung des personalen Elans nur mehr als bedrängende feindliche Macht, die Umwelt

würde erlebt als drohende Ansammlung von Menschen und Widerfahrnissen, die Leiden und körperlichen Schmerz an den Patienten herantrügen. MINKOWSKI sieht den körperlichen Schmerz, passiv erlebt, als Gegenpol zum aktiven, expansiven Charakter des personalen Elan. Auf dem Hintergrund des Zerbrechens der zeitlichen Dimension sieht MINKOWSKI auch die Verarmungsideen des Patienten: mit der Zukunftsbezogenheit erstürbe Wunschwelt und Haben-sphäre, der Verarmungswahn des Patienten stelle einen Versuch dar, dies 'vernünftig', d.h. seinem früheren Erleben entsprechend, zu erklären. Ähnlich leitet MINKOWSKI den depressiven Versündigungswahn ab: alles Schlechte, Fehler etwa, sei in der Vergangenheit festgeschrieben, statisch, während "positiv vollzogene Werte" immer zukunftsbezogen seien, nur insofern wichtig, als sie neue, bessere Möglichkeiten eröffneten. Bei einem Auslöschen der Zukunft träten die damit in Beziehung stehenden (guten) Werte zurück, Schlechtes, statischer, werde um so deutlicher und greife um sich.
Wie MINKOWSKI betont v. GEBSATTEL, daß Leben auf Zukunft, auf Entfaltung ausgerichtet ist. Dem depressiv Erkrankten, mit seiner fluchthaften Lebensabkehr, bleibt die Zeit stehen, v. GEBSATTEL spricht von "basaler Lebensbewegung", die im Sinn der "depressiv-vitalen Werdenshemmung" angehalten sei (v. GEBSATTEL 1964, S. 211). Die depressive Angst ist die Angst, nicht leben zu können, ebenso wenig sterben zu können. Das Erleben von Können sei wesentlicher Bestandteil gelebter Zeit, hier schließt v. GEBSATTEL sich M. SCHELER an, im Können stecke "die Bewegung in die Zukunft hinein". Der Depressive erfährt sein Nicht-Können als quälendes Abgeschlossensein von der voranschreitenden, ja ebenfalls in der Werdensbewegung befindlichen Umwelt. Die Zeit flieht, geht an dem Kranken vorüber, seine immanente Zeit ist in Asynchronie zu der transeunten Zeit, zu der mit anderen Menschen gemeinsamen. Der Kranke ist aber nicht nur von der Zukunft abgeschnitten, sondern auch eine lebendige Gegenwart entzieht sich ihm, der nicht mehr antworten kann oder

handelnd eingreifen, die Lebensumstände werden damit übermächtig, kehren sich gegen ihn. Der Zusammenhang zwischen Depression und möglicher Schuld im Sinne von Verschließen vor Leben, wie ihn v. GEBSATTEL sieht, wurde schon erwähnt. V. GEBSATTEL und MINKOWSKI sehen beide in veränderten Zeiterleben der depressiven Persönlichkeit eine Grundstörung. "... gefragt wird nach jenem basalen Geschehen, relativ auf welches die depressive Symptomatik den Sinn hat einer in sich folgerichtig aufgebauten Reaktion auf diese primäre Störung. ... Bezogen auf die Grundstörung und aufgefaßt als deren Verarbeitung ist die depressive Symptomatik verständlich, sinnvoll und folgerichtig" (v. GEBSATTEL 1964, S. 206). Die gemeinte Grundstörung ist eine "Vernichtung der gelebten Gegenwart und der gelebten Zukunft durch die Entdynamisierung des werdezeitlichen Grundgeschehens" (op. cit. S. 209).

E. STRAUS befaßte sich in seinem 1928 erschienenen Beitrag "Das Zeiterleben in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung" mit den Folgen des Auseinanderfallens von immanenter und transeunter Zeit im subjektiven Erleben. Immanente Zeit meint "Ich-Zeit", einen Aspekt der gelebten Zeit; sie kann je nach Stimmung schneller vergehen oder zäh dahinfließen und sich entsprechend im Gegensatz befinden zu der transeunten, der "Welt-Zeit", die mit anderen Menschen gemeinsam ist. Als Grund für die Verlangsamung der Zeit bei den Depressiven sieht STRAUS eine biologische Veränderung, eine Hemmung an. Wenn jetzt, wie bei der Depression, Ich-Zeit und Welt-Zeit auseinanderfallen, erstere eine Verlangsamung erfährt, wird die Zukunft undeutlicher oder verschwindet, während die Gegenwart und mehr noch die Vergangenheit alles zu determinieren scheinen. Während ein Depressiver mit Zählzwängen etwa noch das Vermögen hat, ein - wenn auch verändertes, mechanisches - Voranschreiten der Zeit zu konstatieren, wird dann, wenn die Hemmung noch tiefer ist, die Macht der Vergangenheit überwältigend; es kommt zu den verschiedenen Wahnzuständen, die in der Vergangenheit festgeschriebene Urteile zum Inhalt haben.

Auch WYSS weist darauf hin, daß der Depressive, von Vergänglichkeit übermäßig angesprochen, sich der vergehenden Zeit besonders ausgesetzt fühlt und darauf mit Abwendung antwortet. "Die Gleichzeitigkeit beider Vorgänge ist beachtenswert, denn der Depressive leidet nicht nur unter dem Vergehen und Wandel der sichtbaren Welt, sondern er vergeht selbst in auffallender Weise" (WYSS 1973, S. 359). Der Kranke ist eine vergehende und verfallende Gestalt, das subjektive Erleben mit seinen verschiedenen Wahninhalten Ausdruck des Verfalls (Verarmungs-, Kleinheits-, Nichtigkeitswahn). Nach WYSS kann sich die räumliche Gestalt der Zeit gegenüber nicht mehr behaupten, er spricht von "Punktualisierung des gelebten Raumes".

Die besondere Art des Ordnungsbezuges depressiver Patienten, damit die charakteristische Art ihres Raum-Erlebens, hat vor allem TELLENBACH ganz umfassend gezeigt. Letzteres ist vom Zeiterleben nicht zu trennen: "Im Ausstehen der drei zeitlichen Dimensionen vollzieht sich das Sich-Einräumen des Menschen in die Bezüge zu den sich ihm von nah und fern her zeigenden Gegebenheiten seiner Welt. Indem sich aber der Mensch in die Beziehungen zu den in sein Offenständig-Sein hinein zum Vorschein kommenden Gegebenheiten einräumt, zeitigt sich sein Existieren" (BOSS 1971, S. 270).

Wenn WYSS von "Punktualisierung des gelebten Raumes" spricht, verdeutlicht er damit, daß depressive Patienten, von jeher Gesetzen und Regeln in besonderem Maße lebend, damit überwiegend in räumlichen Strukturen, eben an der Struktur scheitern, die vor allem ihr Dasein bestimmt. Im Vergehen der Kranken in der Depression werden ihre kompensatorischen Seinsweisen, die "Dauer versprechenden Gesetze und Regeln (Richtungen) des Raumes von Ordnungsmächten" (1973, S. 359) zu stereotypen Leerformeln wie "Du sollst", "Du hättest". Der Raum kann sich gegenüber der Zeit, die nur noch als vergehende erscheint, nicht behaupten.

4.2 Störungen des gelebten Raumes (BINSWANGER, v. GEBSATTEL, MINKOWSKI, ZUTT)

Obwohl bei der engen Vernetzung von Zeit- und Raum-Erleben eine isolierte Betrachtung dieser Strukturen kaum möglich ist, soll versucht werden, den Gedanken anthropologischer Autoren nachzugehen, die sich mit der Veränderung des Räumlichen im depressiven Erleben beschäftigt haben.

Erleben heißt hier nicht, daß der Kranke seine Aufmerksamkeit einer veränderten Raumerfahrung zuwendet, daß ihm eine qualitative Veränderung seiner Raumerfahrung bewußt sein muß. V. GEBSATTEL hat im Hinblick auf die Struktur Zeit auf diesen Umstand hingewiesen und es deshalb für richtiger gehalten, von einem veränderten Zeitgeschehen zu sprechen statt von einem veränderten Zeiterleben.
BINSWANGER stellt in seinem Aufsatz "Das Raumproblem in der Psychopathologie" (1933) zwei "konstitutive Arten der Räumlichkeit" einander gegenüber. Nach CASSIRER (1931), den er hierzu zitiert, stellt er fest, daß es nicht nur einen Raum gibt, sondern viele, je nach der Sinnordnung, von der aus der Raum begriffen wird. Als Hauptformen unterscheidet BINSWANGER den "Raum der Naturwelt" und den "gestimmten Raum".
Zum Raum der Naturwelt gehören in einer Art Stufenfolge der "orientierte Raum", der geometrische und physikalische. Es sind Zweckräume, insofern es dort um eine pragmatische oder logische Auseinandersetzung zwischen Ich und Welt geht.

Der orientierte Raum ist der Umweltsraum des einzelnen, dessen Mittelpunkt der Leib, hier wiederum die zentrale Lage des Rumpfes, bildet. Es ist der Raum der Sinnesfelder. "Orientierter Raum heißt ja nichts anderes, als daß 'das Ich' vermittels seines Leibes ein absolutes Orientierungszentrum, das absolute Hier, bildet, um das sich 'die Welt' als Umwelt konstituiert" (BINSWANGER 1933, S. 607).
Aus dem orientierten Raum ist ableitbar der homogene Raum der Naturwissenschaft. Hier ist der Leib nicht mehr Zentrum,

sondern beweglicher und veränderlicher Bezugspunkt, "ein Ding unter den anderen Naturdingen" (op. cit. S. 603).

Bei organisch Kranken seien überwiegend Störungen dieses orientierten Raumes festzustellen, bei Schizophrenen und Manisch-Depressiven dagegen solche des "gestimmten Raumes".

Während dem orientierten Raum das Zweckhafte zugehört, handelt es sich bei dem gestimmten Raum um die Region des Gemütes. "Die Welt der Stimmung und Gestimmtheit hat nun, wie jeder Weltausschnitt, nicht nur ihre eigene Zeitlichkeit, sondern auch ihre eigenen Raum- und Bewegungscharaktere, ihre eigenen räumlichen Ausdrucksgestalten, von denen eigene Forderungen an das Raumerleben ausgehen. Man denke nur an den Ausdrucksgehalt von Räumen wie Kirchen, Fabriken, Arbeits- oder Wohnzimmern, von landschaftlichen Räumen wie der 'unendlichen Ebene' und dem 'unendlichen Meere' oder einem engen, tiefen Gebirgstal, über dem die Berge zusammenzuschlagen drohen, und das den Menschen der Ebene so beengt, während es ihm in seiner Heimat 'weit ums Herz wird'" (op. cit. S. 623).
Anhand einiger literarischer Beispiele beschreibt BINSWANGER, wie Dichtung verdeutlicht, daß eine bange Gestimmtheit auch in einer Einschränkung des Raumes besteht, daß Verzweiflung zu "Düsternis, Verdunkelung und Schrumpfung" des Raumes, schließlich zu völliger "Weltleere" führt (nicht im kausalen Sinne). Wie wichtig das Erleben der Leere gerade für die depressive Verfassung ist, hat BINSWANGER später in "Melancholie und Manie" beschrieben. Hier (1933) spricht er von "Leerform der Welt im Erlebnis der Verzweiflung" und zitiert dazu HÖLDERLIN (aus: "Anmerkungen zu König Ödipus"): "In der äußersten Grenze des Leidens besteht nämlich nichts mehr als die Bedingungen (!) [BINSWANGER] der Zeit oder des Raumes."
BINSWANGER greift häufig zurück auf die Arbeit von E. STRAUS "Die Formen des Räumlichen. Ihre Bedeutung für die Motorik und die Wahrnehmung" (1930). In wesentlichen Punkten stimmen die beiden Autoren überein, zudem berührt STRAUS das

Thema des depressiven Raumerlebens wenig, so daß seine Arbeit hier nicht näher referiert werden soll.

Obwohl v. GEBSATTELs Aufmerksamkeit in erster Linie der Veränderung des Zeitgeschehens in der Depression galt, äußert er sich auch zur Veränderung räumlicher Qualitäten. Zwei Aspekte sollen hier aufgeführt werden: der der Fraktionierung und der des Abgründigen.
Fraktionierung: für den Depressiven verliert der Raum seine gestalthafte Gliederung, stattdessen werden einzelne Elemente überdeutlich wahrgenommen. "Es liegt schon eine Störung, die erklärt werden muß, einfach in dem Umstand, daß überhaupt mehr oder minder gleichgültige, ja relativ auf die Akzentverteilung des normalen Denkverhaltens zufällige und nebensächliche Situationselemente von der Aufmerksamkeit pointiert werden" (v. GEBSATTEL 1954, S. 6). "Wo wir behindert sind, die Welt aktiv zu gestalten und zu ergreifen, drängt sie sich uns auf, und zwar in der atomistischen Ungestalt vereinzelter Inhalte." Gehindert zu gestalten sei der Kranke durch eine basale Hemmung der "Werdensbewegung". Bei ZUTT taucht der Gedanke des Gestaltverfalls mit einem etwas anderen Akzent wieder auf, wie später zu sehen ist.
Zum Phänomen des Abgründigen: der Kranke, seines Existenzgefühls und der Beziehung zu seiner Daseinswelt beraubt, erlebt sich selbst wie auch die Umwelt als unwirklich. Die Derealisation und die Depersonalisation der Kranken sei für die Erfassung depressiven Erlebens erklärender als andere Phänomene wie Hemmung oder Trauer. Beides seien Elemente einer existentiellen Leere, einer "Aufhebung des Wirklichkeitsvollzuges von Welt und eigener Person" (v. GEBSATTEL 1954, S. 42). Leere in diesem Sinn meint die Unmöglichkeit zu existieren, das eigene Dasein zu vollziehen. Welt und Subjekt sind vorhanden, aber nicht existent, sinnhaft aufeinander bezogen. "Der leere Raum bleibt Raum, nur ein jeder inhaltlichen Bestimmung beraubter, von ihr gleichsam entleerter Raum. Er kommt zustande durch die Abstraktion von allen auf

das Leben daseinsrelativen Qualifikationen" (op. cit. S. 40). Dieses Dasein im Leeren werde von den Kranken erfahren im Phänomen des Abgrunds. Dies sei nun keineswegs eine Übertragung räumlicher Vorstellungen auf seelische Erlebnisinhalte, sondern ein bestimmter Daseinssinn, der des Abgründigen, äußere sich in verschiedenen Erlebnisgebieten oder -inhalten. Der Kranke erfahre sich - in einem weit umfassenderen Sinn als nur räumlich-haltlos, in einen Abgrund gestürzt, unten - einem von ihm unerreichbaren, dennoch als vorhanden gespürten Oben gegenüber. Daseinssinn, Welt- und Selbstvollzug sind ihm unerreichbar.
MINKOWSKIs Untersuchungen zur Psychopathologie des gelebten Raumes beziehen sich nicht speziell auf depressive Kranke, Anlaß waren Beobachtungen an Schizophrenen. Nach allgemeinen Erörterungen über die Notwendigkeit von Raum, Ausdehnung, Perspektive für das menschliche Leben entwickelt er eine Phänomenologie der "gelebten Distanz" - "Ansätze zu einer Psychopathologie des gelebten Raumes" (MINKOWSKI 1972). Der gelebten Distanz - oder auch der Sphäre des Wohlbehagens - eignet Weite und Beweglichkeit, allerdings nicht im materiellen Sinne. "Es gibt immer etwas vor mir wie einen freien Raum, in dem sich meine Aktivität und mein Leben ohne Hindernis entfalten können. Ich fühle mich wohl, ich fühle mich frei in diesem Raum, den ich vor mir habe; es besteht kein unmittelbarer Kontakt im physischen Sinn des Wortes zwischen dem Ich und dem Werden der Umwelt. Mein Kontakt mit dem Werden der Umwelt kommt über oder eher durch eine 'Distanz', die uns miteinander verbindet, zustande" (op. cit. S. 236). Fülle der individuellen Möglichkeiten, Helle, Weite gehörten zu dieser gelebten Distanz, ebenso "die Begriffe des Unvorhergesehenen, des Zufalls, der Koinzidenz, der Kontingenz ..." (op. cit. S. 240), die sogenannten indifferenten Ereignisse, als vitaler, ermöglichender Untergrund des Lebens stets präsent. "Man sagt wohl jetzt im Grunde dasselbe in einer anderen Form, wenn man behauptet, daß der den hier studierten vitalen Phänomenen vollständig entgegengesetzte

Begriff der der Kausalität und des Determinismus ist; mit dem, was unpersönlich an ihm ist, mit seinen Merkmalen der universellen Notwendigkeit, des unmittelbaren Kontaktes und der Identifikation widersetzt er sich der Distanz und der Weite des Lebens und kann er sie nur zerstören" (op. cit. S. 241). Anhand der Krankengeschichte eines Schizophrenen beschreibt MINKOWSKI, wie mit einer Schwäche der gelebten Distanz der gelebte Raum schrumpft, wie bei diesem Kranken alle Ereignisse und Begegnungen seines Lebens aufgrund einer gleichsam zusammenballenden Kraft aufeinander bezogen erscheinen, wie dem Sog eines Schwerefeldes folgend. Diese Einengung, Unfreiheit, Tendenz zum Gleichförmigen führt MINKOWSKI zurück auf eine Störung des elan vital, des "Ich in seinen lebendigen Kräften". Es bleibt die Frage offen, welche Art Freiheitsverlust und starre Gesetzmäßigkeit charakteristisch wäre für depressives Erleben, welche für schizophrenes. Schrumpfen des gelebten Raumes ist ja immer wieder auch als depressives Erleben charakterisierend beschrieben worden.

ZUTT beschäftigt sich in mehreren Aufsätzen und Vorträgen mit verschiedenen Aspekten des Räumlichen. In "Über Daseinsordnungen" (1963a) entwickelt ZUTT den Gedanken, daß jeder Mensch in dreierlei Hinsicht an einer je schon vorhandenen Geordnetheit der Welt teilhabe. Diese drei Ordnungen sind die Wohnordnung, die Rangordnung und die gesundheitlich-biologische Ordnung des Leibes. "Das Subjekt steht in primär unlöslicher Verbindung mit der unter verschiedenen Gesichtspunkten je schon geordneten Welt. Subjekt und Welt sind einander zugeordnet. Störungen solcher Ordnungen, wodurch auch immer sie verursacht sein mögen, betreffen zugleich den Menschen und seine Welt, sie ergreifen beide" (ZUTT 1963a, S. 311). Diese Ordnungen sind durch Grenzen gekennzeichnet, innerhalb derer das Subjekt Geborgenheit und Sicherheit erlebt, außerhalb derer sich einerseits das Chaotische, Ungeordnete befindet, andererseits fremde Daseinsordnungen. Der Mensch als Wohnender ordnet

sich so ein, daß er Abgrenzung des Privaten, dadurch Schutz und Schonung erfährt. Ebenso wichtig erscheint ZUTT die jeweils neu zu bestimmende Eingliederung in Rangordnungen, die er als entscheidend ansieht für einen Zustand von Frieden und Vertrauen bzw. Mißtrauen und Angst. Rangordnung und Wohnordnung sind miteinander verwoben und biologisch verankert in der "gesundheitlich-biologischen Ordnung des Leibes", dem "tragenden Grund des Lebens" überhaupt.
In Grenzsituationen erlebe das Subjekt eine Gefährdung durch den möglichen Einbruch des Fremden in seine vertraute Ordnung. ZUTT geht in seiner Arbeit von der Beschreibung des Höhenschwindels aus. Dort, wo ein Abgrund sich auftue, erlebe der Mensch die Gefährdung des tragenden Grundes seiner Existenz, auf dem eben erst Standsicherheit möglich sei. Verloren gehe die Geborgenheit und Sicherheit in einer der wichtigen Daseinsordnungen, hier der Wohnordnung im weiten Sinne. Es entstehe so eine Grenzsituation der "raumphysiognomischen Daseinsordnung". Ein jeder Mensch habe nun ordnungsspezifische Empfindsamkeiten und Verletzlichkeiten. Angesichts einer Angst müsse man fragen, welche spezifische Ordnung hier bedroht sei, der Verlust welcher Geborgenheit sich hier anzeige.
Die Bedeutung der Wohnordnung, besonders des Wohnungswechsels, für Depressive hat A. BOVI (1967) näher ausgeführt.

In "Über den Tragenden Leib" (ZUTT 1963b) bezieht sich ZUTT auf v. GEBSATTEL und dessen Gedanken zu den Entfremdungsgefühlen Depressiver. Er unterscheidet den "tragenden" vom "erscheinenden" Leib. Letzterer sei bei den Paranoiden gestört, die, wie er es in einer anderen Arbeit erläutert ("Über den Stand des in Erscheinung stehenden Menschen", ZUTT 1963c), eine Defizienz in ihrer Standhaftigkeit erlebten und so Grenzen und Abstand nicht schaffen könnten, von den Dingen der sie umgebenden Welt folglich überwältigt würden. Bei den Depressiven sei dagegen der tragende Leib gestört. Die Depression sei "ein Versiegen des Strömens, ein Versagen des tragenden Getragenseins, d.h. ein Ver-

sinken". "In diesem versiegenden Versinken ereignet sich die depressive, melancholische Weltverwandlung, ..." (ZUTT 1963b, S. 421). ZUTT greift für diese Patienten KULENKAMPFFs Ausdruck vom "vertikalen Standverlust" auf.
Den depressiven Stupor sieht ZUTT an als Beeinträchtigung der Fähigkeit, sich voraus zu sein, ein Stück Zukunft, das Ziel schon vorwegnehmend, zu ergreifen, weil eine causa finalis - "auf welche erscheinenden Weltgehalte hin die Bewegung vollbracht wird" (ZUTT 1963d, S. 370) fehlt. Hier klingt sowohl der Begriff der Abwendung an, der später von WYSS als das Entscheidende der depressiven Verfassung angesehen wird als auch das Angehaltensein der Werdensbewegung (v. GEBSATTEL) und schließlich das Eingeschlossensein, die Unfähigkeit, Grenzen zu übersteigen, die bei TELLENBACH thematisch im Mittelpunkt steht.
Daß der depressiv Erkrankte unfähig ist, eine gestalthafte Gliederung und Ordnung seiner Umwelt wahrzunehmen und herzustellen, stattdessen sich ausgesetzt fühlt vereinzelt sich ihm aufdrängenden Inhalten, wurde von mehreren Autoren festgestellt. ZUTT sieht dies begründet in der Unfähigkeit der Kranken, bei den Dingen zu sein, d.h. in der Unfähigkeit zur Zuwendung. Raumgliederung entstehe, indem der menschliche Blick in einem allseitig offenen Raum eine dreidimensionale Ordnung entstehen lasse. "Es ist dies die Dreidimensionalität, die überall dort, aber auch nur dort entsteht, wo ein lebendiges Subjekt ist und sich zum Raum verhält" (ZUTT 1963e). Depressiven mit ihrer Unfähigkeit, sich auf etwas zu richten (Zuwendungsstörung), geht diese Ordnung verloren, ihnen erscheinen einzelne Inhalte.

Nach einem Überblick über die einzelnen Konzeptionen soll im folgenden eine Fragebogenuntersuchung von sieben an einer endogenen Depression erkrankten Patienten dargestellt werden, um die Kommunikationsstrukturen und -modi, über die diese Patienten sich darstellen, mit Einschränkungen und kompensatorischen Erweiterungen deutlich werden zu lassen.

5. - 8. VERWENDUNG EINES FRAGEBOGENS ALS MÖGLICHKEIT ZUR DIAGNOSTIK DEPRESSIVER KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN

5. ANGEWANDTER FRAGEBOGEN - PATIENTENAUSWAHL - VORGEHEN

5.1 Aufgaben einer Diagnostik nach anthropologischen Kategorien

In der vorliegenden Arbeit soll am Beispiel depressiver Patienten eine Diagnostik nach anthropologischen Kategorien beschrieben werden, und zwar mit Hilfe eines Fragebogens, dessen theoretische Grundlage das Konzept von WYSS bildet.

Wie aus dem vorangegangenen Abschnitt zu ersehen ist, haben eine Reihe von anthropologisch orientierten Autoren Störungen verschiedener Patientengruppen, speziell Depressiver, in Bezug auf die Grundstrukturen beschrieben, wobei ihr Interesse meist vorrangig einzelnen Strukturen galt - dem "gelebten Raum", der "Werdezeit", dem "tragenden und erscheinenden Leib". Auch Synthesen dieser Ansätze sind deutlich, so bei v. GEBSATTEL, der die raum-zeitliche Störung bei Depressiven eng verbunden sieht, bei ZUTT, der die Werdestörung, die Störung des tragenden Leibes, in Beziehung setzt zu einem veränderten Raumerleben, und bei TELLENBACH, der das Gebundensein Depressiver an räumliche Faktoren sowie ihre Leistungsbereitschaft hervorhebt und den Zerfall dieser Strukturen in der Krankheit beschreibt.
Bei WYSS wird nun der Versuch unternommen, eine Krankheitslehre zu formulieren, die aufgebaut ist auf den anthropologischen Grundkategorien. Damit richtet sich auch die Aufmerksamkeit der Diagnostik vor allem auf Veränderungen der Grundstrukturen und Kommunikationsmodi.
Nach WYSS ist Krankheit Kommunikationseinschränkung bis hin zum Kommunikationsverlust. Zur Dekompensation in der Erkrankung kommt es, wenn das "Widerständige" jeder Kommunikation, gemessen an den Möglichkeiten eines Individuums, zu groß wird, also wenn innere oder äußere Belastungen nicht mehr

durch Bewältigung, kompensatorische Erweiterung oder Modi der Abwendung verarbeitet, Konflikte, Mißverhältnisse nicht mehr in einem erträglichen Gleichgewicht gehalten werden können. Die Gefahr einer Dekompensation ist umso größer, je einseitiger ein Mensch kommuniziert, d.h. je mehr er den Schwerpunkt seiner Existenz auf eine bestimmte Struktur oder bestimmte Kommunikationsmodi, über die Strukturen sich ja herausbilden, verlegt. In der Krankheit treten dann Mißverhältnisse, "gegensätzliche Strukturen und Bedeutungen", deutlich zutage.
Eine Diagnostik, die auf diesem Konzept von Krankheit aufbaut, hätte die Aufgabe, die wesentlichen Kommunikationseinschränkungen des erkrankten Menschen zu erfassen, d.h. welche Strukturen und Modi nicht gelebt werden, die Konflikte innerhalb der einzelnen Kommunikationsebenen und zwischen ihnen nachzuzeichnen, also die Mißverhältnisse, die in einer bestimmten Lebensgeschichte zu einem nicht mehr bewältigbaren Ungleichgewicht geführt haben. Ebenso stellt sich die Aufgabe, überwiegende Kommunikationsmodi und Strukturen zu erkennen, die ja schon einen Kompensationsversuch des betreffenden Menschen darstellen. Schließlich müßte man im Hinblick auf die Prognose fragen, welche Kommunikationserweiterungen und Kompensationsmöglichkeiten denkbar sind, also wie flexibel und differenziert der Kranke ist, bzw. wie eingeschränkt und festgelegt, etwa durch dispositionelle oder lebensgeschichtliche Faktoren (WYSS 1973, S. 399). Man hätte dann in Umrissen einen Überblick, wie der Mensch sich zu seiner Welt und sich selbst in Beziehung setzt, gegenwärtig und in der ihm erinnerlichen Vergangenheit.

5.2 Art des angewandten Fragebogens

Eine Gruppe von Mitarbeitern des Instituts für Psychotherapie und Med. Psychologie der Universität Würzburg hat während einiger Semester versucht, einen Fragebogen zu entwickeln, der dem Patienten Gelegenheit gibt, seine in Gegenwart und Vergangenheit bisher gelebten Möglichkeiten der Kommunikation

darzustellen. Jeweils bezogen auf die Grundstrukturen Raum, Zeit, Leib und Leistung wird gefragt nach typischen Erscheinungsformen der Modi, über die diese Strukturen hauptsächlich gelebt werden. Aus der Vielzahl der einzelnen Antworten ergibt sich eine Art Raster, das es dem Untersucher erlaubt, zu den eingangs gestellten Fragen Aussagen zu machen.

	RAUM	ZEIT	LEIB	LEISTUNG
Erkunden				
Entdecken				
Erschließen				
Auseinandersetzen				
Binden/Lösen				
Bewältigen				

In die Auswertung des Fragebogens geht die Subjektivität des Untersuchers ebenso ein wie die Kenntnis, die er durch Exploration und evtl. erste therapeutische Kontakte von dem Patienten gewonnen hat. Es ist nicht beabsichtigt, "objektive, harte" Daten zu gewinnen. WYSS hat wiederholt auf die Unangemessenheit solcher Vorgehens für die Erfassung menschlicher Wirklichkeit hingewiesen, er bezieht sich dabei u.a. auf Maurice MERLEAU-PONTY (Phänomenologie der Wahrnehmung) und V. v. WEIZSÄCKER (Der Gestaltkreis). "Wirklichkeit ist die Gleichzeitigkeit von Subjekt, intersubjektivem Prozeß und dem anderen. Strukturierung erfolgt - analog zu den Prinzipien der Gestaltpsychologie - durch das Beobachten entweder der intersubjektiven Vorgänge bei gleichzeitigem Zurücktreten des Subjektes - oder umgekehrt: Das Subjekt wird konturiert, und die Intersubjektivität tritt zurück." (WYSS 1976, S. 371). Die Auswertung ist also nicht unbeeinflußt von einem intersubjektiven Prozeß, wie er in jeder Kommunikation stattfindet.
Aufbau und gedachte Verwendungsmöglichkeit des Fragebogens (Explorationserweiterung, Förderung der Auseinandersetzung des Patienten mit sich selbst, Therapieverlaufs-Kontrolle, wissenschaftliche Dokumentation) sind von WYSS in dem Lehr-

buch der Psychotherapie, das im Frühjahr 1982 erscheint, ausführlich dargestellt, hier wird deshalb nicht näher darauf eingegangen.
Der verwendete Fragebogen ist vollständig im Anhang wiedergegeben. Es wurde versucht, Aufbau- und sprachliche Mängel (Suggestivfragen, tendenziöse Fragen, einseitige assoziative Angebote usf.) weitgehend zu vermeiden, wenngleich manches noch verbesserungswürdig erscheint. Eine weitere Überarbeitung wäre sinnvoll, sobald Erfahrungen mit zahlreichen Patienten verschiedensten Erkrankungstyps vorliegen. Erst dann ließe sich aus der Reaktion der Patienten endgültig beantworten, welche Fragen z.B. möglicherweise entbehrlich sind, weil wenig Aufschluß gebend, welche bevorzugt übergangen werden, welche spontan beantwortet werden können, welche als Kontrollfragen empfunden werden usw.
In einer neueren Fassung, die jedoch für diese Arbeit noch nicht verwendet werden konnte, enthält der Fragebogen ca. 200 Fragen, hier hat der Patient 326 Fragen zu beantworten.

Es ist deutlich, daß an die verbale Befähigung der Patienten, ihre Ausdauer und ihre Bereitschaft, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, erhebliche Ansprüche gestellt werden. Häufig werden durch die Beantwortung des Fragebogens auch Prozesse angestoßen, die der Patient in einem Gespräch zur Klärung bringen möchte, er sollte deshalb nach Beantwortung der Fragen die Möglichkeit haben zu weiteren Gesprächen, falls er es wünscht, ebenso ist es ratsam, daß der Untersucher bei unklaren Antworten zu Nachfragen Gelegenheit hat.

5.3 Diagnosen der befragten sieben Patienten

Die sieben Patienten, die für diese Untersuchung befragt wurden, waren an schweren, nach phasischer Gesetzmäßigkeit verlaufenden Depressionen erkrankt. Es wurden vier Frauen - 74, 70, 50 und 25 Jahre alt - untersucht und drei Männer im Alter von 72, 32 und 20 Jahren. Bei der Entlassung wurde fünfmal die Diagnose 296.2, einmal 296.0 und einmal 298.0

gestellt, im letzten Fall handelte es sich um eine schwere vegetative Depression. Die Dauer des stationären Aufenthalts reichte von 2 1/2 bis zu knapp 16 Wochen. Zwei Patienten waren zum zweiten Mal erkrankt, bei einer weiteren Patientin konnte eine vorangegangene erste Phase nach ihren anamnestischen Angaben vermutet werden, in den vier übrigen Fällen handelte es sich um Ersterkrankungen. Der von N. MATUSSEK (1980a) nach PERRIS erhobenen Forderung, von einer endogenen Depression erst dann zu sprechen, wenn drei abgesetzte Phasen in der Vergangenheit sicher festgestellt werden konnten, genügen die hier verwandten Auswahlkriterien also nicht. Die Querschnittdiagnostik erschien aber eindeutig genug, um bei allen Vorbehalten gegenüber der WHO-Klassifikation eine Zuordnung im Sinne der dort angegebenen Kriterien zu treffen. Eine manische Episode war bei keinem der hier untersuchten Patienten vorangegangen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß der eine oder andere Patient in Zukunft an einer Manie erkranken wird, aber es ist nach der Persönlichkeitseigenart der Patienten, die nach TELLENBACH eine recht sichere Prognose hinsichtlich Mono- und Bipolarität erlaubt, eher unwahrscheinlich. Es sei noch einmal daran erinnert, daß WYSS aufgrund seines symptomorientierten Depressions-Konzeptes keine grundsätzliche Trennung zwischen mono- und bipolaren Depressionen trifft.

5.4 Zeitpunkt der Befragung

Die Fragebögen wurden den Patienten kurz vor der Entlassung, nach deutlicher Remission, gegeben, die sich auch bei einer Beurlaubung (oder mehreren) als stabil erwiesen hatte.

Eine Befragung während der Depression erschien wenig sinnvoll, zum einen, weil in einem Zustand schwerer Erkrankung den Patienten nicht zugemutet werden kann, eine derartige Menge von Fragen zu beantworten, zum andern, weil die Patienten während der Depression wenig Zugang zu ihrem Erleben haben. Auf diesen Umstand hat TELLENBACH hingewiesen,

er spricht von einer "melancholischen Selbstverdeckung", einer "motivischen und kausalen tabula rasa" (TELLENBACH 1976, S. 64).

Die Patienten erhielten den Fragebogen von dem Arzt, der sie während ihres stationären Aufenthaltes auch hauptsächlich betreut hatte, mit dem Hinweis, ihre Antworten würden für eine Untersuchung verwendet, die sich mit dem Erleben depressiver Patienten nicht nur während der Erkrankung, sondern auch außerhalb dieser Zeit befasse. Daß sie nicht nur auf der Patienten-Ebene angesprochen wurden, sondern auch als Menschen, die zu der Klärung wichtiger Fragen über ihre Erkrankung beitragen konnten, mag ihre Bereitschaft gefördert haben, an dem Projekt mitzuwirken. Außerdem ist nach allem, was bisher bekannt ist über die Persönlichkeit Depressiver, eine Kooperationsbereitschaft in den meisten Fällen anzunehmen.

Die Patienten füllten den Fragebogen selbständig aus, nicht im Beisein des Arztes, teils während der letzten Tage ihres stationären Aufenthaltes, teils auch nach der Entlassung. Zeit stand unbegrenzt zur Verfügung. Alle Patienten gaben an, das Beantworten als interessant, wenn auch manchmal schwierig, erlebt zu haben, weil sie zu einer Art Überblick über ihre bisherige Entwicklung angeregt worden seien.

6. AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS, DARGESTELLT AM BEISPIEL DER PATIENTIN M. H.

Die einzelnen Schritte der Auswertung sollen nun anhand der Antworten einer Patientin ausführlich erklärt werden; bei den übrigen Patienten wird lediglich die Zusammenfassung der Auswertung aufgeführt.

6.1 Auszug aus der Krankengeschichte

Namen und einige äußere Daten wurden zum Schutz der Patientin geändert.
Frau M. H. ist 74 Jahre alt, verwitwet, Mutter zweier Söhne. Sie lebt in einer kleinen Gemeinde am Rande einer mittelgroßen Stadt, allein in einem Haus, das ihr nach dem Tod ihres Mannes zu groß geworden ist. Sie ist berentet.

Körperlich war die Patientin bisher niemals ernstlich krank. Mit 33 Jahren wurde sie erstmals wegen einer endogenen Depression, die nach einem Umzug auftrat, nervenärztlich behandelt. Der damalige stationäre Aufenthalt von ca. einem Monat ist ihr bis heute in schrecklicher Erinnerung.

Bei der Aufnahme gab die Patientin Interesse- und Initiativelosigkeit an, eine niedergedrückte Stimmung, Angst, ein Druckgefühl über dem Herzen und am Hals, Ein- und Durchschlafstörungen. Besonders unangenehm sei ihr, daß sie beständig eine Melodie höre, schon seit Monaten sei dies so, ein Wiegenlied. Das Symptom, das die Patientin beschreibt, geht über einen Melodienzwang hinaus, sie hört ein Lied von außen. Suizidgedanken werden bejaht, aber mehr als Sehnsucht, tot zu sein, an eine Ausführung dachte die Patientin jedoch nicht.
Die Symptomatik habe sich allmählich entwickelt. Der Tod ihres Mannes habe sie sehr getroffen, aber rapide verschlechtert habe sich ihr Befinden erst ein Jahr nach diesem Ereignis. Ein Industriewerk habe sich nämlich in der Nähe ihrer Wohnung angesiedelt. Von da ab sei sie einer massiven Lärmbelästigung ausgesetzt gewesen. Bürgerproteste wegen der In-

dustrieansiedlung seien erfolglos geblieben. Kurze Zeit darauf habe die Krankheit begonnen.
Die beiden Söhne mit ihren Familien lebten ganz in der Nähe, mit ihnen herrsche ein gutes Einvernehmen. Ein Sohn führe in der Nachfolge seines Vaters einen kleinen Betrieb. Die Patientin fühle sich oft einsam, habe keinen Kontakt zu Nachbarn oder Freunden.
Von ihrer Kindheit berichtet die Patientin, sie habe sich mit ihrer Mutter schlecht verstanden, mit dem Vater, einem selbständigen Handwerker, dagegen gut. Das Klima im Elternhaus sei "normal" gewesen. Sie sei immer eine gute Schülerin gewesen. Nach Volksschulabschluß habe sie bis zu ihrer Eheschließung als Angestellte in einem Büro gearbeitet. Heirat mit 24 Jahren, sehr glückliche Ehe. Der Ehemann sei anfangs angestellter, später selbständiger Handwerksmeister gewesen, eigenwillig und unternehmungslustig, sie habe ihn immer bremsen müssen. Der zweite der Söhne ähnele ihm in seiner Art. Die erste depressive Erkrankung sei im Anschluß an einen Umzug, der wegen einer beruflichen Veränderung des Ehemannes erforderlich geworden sei, aufgetreten.
Die Patientin beschreibt sich in ihrer Primärpersönlichkeit als einen lustigen, aktiven, überaus ordentlichen und leistungswilligen Menschen. Den Betrieb ihres Mannes habe sie mit aufgebaut. Andererseits sei sie schon seit ihrer Jugend recht ängstlich gewesen und leicht "nervös" geworden.

Wahrnehmungs-, Denk-, Konzentrationsstörungen waren nicht nachweisbar. Die Patientin wirkte bei der Aufnahme antriebsgehemmt, in den darauffolgenden Tagen eher agitiert, ängstlich. Sie lief stundenlang ruhelos über den Flur und beschwerte sich sehr ungehalten über ihre Unterbringung in der Klinik.
Sie wurde thymo/neuroleptisch behandelt. Es kam schnell zu einer guten Besserung, so daß sie nach zweieinhalb Wochen entlassen werden konnte.
Zu einer Beantwortung des Fragebogens erklärte die Patientin sich sofort bereit, sie formulierte ihre Antworten nach der

Entlassung, zuhause.
Die Anamnese läßt an die Stichworte "Umzugsdepression" und "Depression nach Verlust eines nahestehenden Menschen" denken. Die erste Erkrankung der Patientin trat nach einem Umzug auf. Diesen Zusammenhang gibt sie ohne näheres Befragen an. Möglicherweise ist die Patientin gegenüber Störungen der Wohnordnung (ZUTT 1963a) bzw. Entbergungssituationen besonders empfindlich. Ein Jahr vor Beginn der zweiten Phase starb der Ehemann. Es lag fraglos eine Verlustsituation vor, aber man hätte zu erklären, weshalb die Beschwerden in vollem Umfang erst ein Jahr später eingesetzt haben. Unklar ist ferner die besondere Art des Verlusterlebens; eine so allgemeine Formulierung kann am Sachverhalt vorbeigehen, es sei daran erinnert, daß eine von MATUSSEKs Patientinnen angab, nicht der Tod ihres Mannes, sondern die Tatsache, daß sie sich abhängig von ihm gemacht habe, habe sie in die Krankheit getrieben (MATUSSEK, HALBACH, TROEGER 1965). Frau H. erkrankte nach eigenen Angaben, als sie sich in dem ihr vertrauten und liebgewordenen Wohnraum nicht mehr sicher und geschützt fühlte, sondern einer andauernden Lärmbelästigung ausgesetzt, gegen die sie nichts unternehmen konnte. Zu denken wäre auch an eine Art Summierungseffekt - Verlusterlebnis plus Störung der Wohnordnung bei ordnungsspezifischer Empfindsamkeit. So etwa würde man im Sinne der life-event-Forschung vorgehen, aber es bliebe damit verborgen, welche Bedeutung diese Ereignisse im Hinblick auf die individuelle Struktur der Patientin haben, wenngleich es sich fraglos um eingreifende und schwere Störungen ihres Lebensgefüges handelt.

6.2 Signierungsbeispiele

Es ist sinnvoll, zunächst die Antworten der Patientin einmal im Zusammenhang durchzulesen. Dabei fällt auf, daß sie knapp und entschieden antwortet, manchmal affektiv, etwa, wenn sie voller Ablehnung von ihrer Mutter spricht, wenn sie Antworten wie Ausrufe formuliert ("kommt für mich nicht

in Frage!"). Mehrmals fällt das Wort "Verdrängen" - dieses versuche sie. "Anständig" sagt sie zweimal, dies ist möglicherweise ein wichtiger Wert für sie. Die Fragen 306 bis 326 beantwortet sie nicht. Dies waren die letzten Fragen. Entweder hatte sie einfach keine Lust mehr dazu - ihre sonstige Pflichttreue spräche dagegen - oder es sind Fragen, denen sie sich ungern stellen möchte. Es wird darin nach der Bewältigung von Enttäuschungen und Versagungserlebnissen in der Kindheit gefragt, nach der Art des Umgangs mit Auseinandersetzungen in der Vergangenheit, nach Alleinsein in Vergangenheit und Gegenwart und nach der jetzigen Umgebung und Situation. Manche Antworten ergeben sich indirekt schon aus Vorangegangenem, auch das mag die Patientin bemerkt haben. Schließlich fällt auf, daß die Fragen 142 bis 147 (Auseinandersetzung, Durchsetzung, aggressive Gefühle) mit der gemeinsamen Antwort: "Das kommt für mich nicht in Frage!" abgehandelt werden, daß die Patientin diesen Bereichen eher auszuweichen scheint.
In einem nächsten Schritt werden die einzelnen Antworten signiert, d.h. es wird beurteilt, welchem Kommunikationsmodus und welcher der vier Strukturen sie zuzuordnen sind (es können in einer Antwort auch mehrere Bereiche angesprochen sein). Das Signieren wird am besten in der Reihenfolge der Fragen vorgenommen; anschließend werden dann die Antworten zusammengefaßt, die zur Struktur Raum, Zeit usw. Aussagen machen, gegliedert nach den einzelnen Modi, also vom Erkunden bis zum Bewältigen. Daraus ergibt sich eine Art Rasterung, wie sie schon beschrieben wurde;

	RAUM	ZEIT	LEIB	LEISTUNG
Erkunden				
Entdecken				
Erschließen				
Auseinandersetzen				
Binden/Lösen				
Bewältigen				

und zwar einmal für die Gegenwart, einmal für die Vergangenheit.

6.2.1 Raum - Erkunden bis Bewältigen

Raum - Erkunden - Gegenwart:

Diesem Raster folgend, sollen zunächst Antwortbeispiele genannt werden, die dem räumlichen Erkunden zuzuordnen sind. Mit Raum (Lebensraum, Orientierung, Ordnung) - Erkunden wurden die Antworten signiert, die in allgemeiner, noch wenig differenzierter Weise Aussagen machen über die Art, wie die Umwelt und ihre Beziehung zur Umwelt von den Patienten wahrgenommen wird, welchen Leitbildern oder Grundsätzen die Patienten folgen und welche Ordnungen sie in ihrem Leben einrichten (Ordnung ist sichtbarer Aspekt der Orientierung). Überwiegend werden im folgenden Antworten der Patientin H. aufgeführt, gelegentlich zum Vergleich - um z.B. den Unterschied zweier Modi deutlich werden zu lassen - auch Antworten anderer hier untersuchter Patienten.

F. 117: Wie glauben Sie, daß Sie von Ihrer Umgebung eingeschätzt werden? (arrogant, selbstbewußt, unsicher, schwankend, liebenswert, unbedeutend, bedeutend)

Antw.: "unbedeutend"

Hier wird ein breitgefächertes Angebot gemacht, wie der Patient sich von seiner Umgebung eingeordnet fühlt. Die Antwort bleibt bei einer knappen, allgemeinen Feststellung.

F. 112: Schließen Sie von sich aus Freundschaften oder warten Sie, daß man auf Sie zukommt?

Antw.: "Ich warte, bis man auf mich zukommt."

Auch hier hält die Patientin sich an den vorformulierten Text; ganz allgemeine Antwort, die wie die obige mit Raum (Lebensraum) Erkunden signiert wird.
Zwei Antworten anderer Patienten auf Frage 112 wären dagegen dem Entdecken zuzuordnen, weil in beiden Fällen über ei-

ne allgemeine Feststellung hinausgegangen wird, ein Vergleich (indirekt) bzw. eine Bedingung taucht auf:

"(Ich) bin (zu) schwerfällig, Freundschaften zu schließen!"
"Lieber erwarten, dann bin ich gern für eine Freundschaft bereit."

Auch zur Frage 117 soll eine Antwort genannt werden, die mit Raum Entdecken signiert wurde, weil darin dieser Patient zum Ausdruck bringt, daß er gegensätzliche oder unterschiedliche Einordnungen für möglich hält:

"Auf dem Arbeitsplatz denke ich schon, daß ich als bedeutend eingeschätzt worden bin."

In den folgenden Beispielen geht es um den Orientierungs- bzw. Ordnungsaspekt des Räumlichen:

F. 125: Beurteilen Sie Ihre Umgebung weitgehend nach Ihren Gefühlen oder nach festen Gesichtspunkten?

Antw.: "Nach Gefühlen"

Auch hier bleibt die Patientin beim einfachen Wahrnehmen eines Sachverhaltes, ohne über die Gründe Näheres mitzuteilen wie etwa ein anderer Patient, der antwortet:

"Nach festen Gesichtspunkten; nach Gefühlen bin ich mir nicht so sicher."

F. 241: Was würden Sie tun, wenn Sie nicht Ihren Lebensunterhalt verdienen müßten?

Antw.: "Kommt nicht in Frage"

F. 159: Können Sie sich vorstellen, daß Sie sich mitreißen lassen, auch wenn es gegen einen Ihrer Grundsätze geht?

Antw.: "Schon möglich"

Die Patientin bleibt bei kurzen, andeutenden Bemerkungen ohne Einschränkungen oder Begründungen, deshalb wird mit Erkunden signiert. Die Antwort auf Frage 241 läßt aller-

dings ahnen, daß die Patientin den Grundsatz, auf jeden Fall für ihren Lebensunterhalt tätig zu sein, nicht nur eben erwägt, sondern sich ganz entschieden an diese Maxime bindet. Trotzdem wird nicht mit Binden/Lösen, sondern mit Erkunden signiert, weil ersteres zur Voraussetzung hätte, daß die Patientin sich mit anderen Haltungen auseinandergesetzt und begründende Zusammenhänge erwähnt hätte. In ihrem Fall ist aber eine Art "fragloses Binden" erkennbar, Anerkennen eines Grundsatzes, von dem schlechthin keine Abweichung möglich scheint. Diese Art von Binden, die bei vielen depressiven Patienten eine Rolle spielt, entspricht eher einem sehr peripheren Erkunden und wird deshalb unter dem Modus Erkunden aufgeführt.

F. 181: Achten Sie darauf, daß es in Ihrer Umgebung pünktlich und ordentlich zugeht?

Antw.: "Ja, ich achte sehr darauf"

F. 126: Was geht Ihnen gegen den Strich?

Antw.: "Arrogantes Benehmen"

Die Antworten anderer Patienten zur Frage 126 waren ebenfalls knapp. "Streit" wurde mehrfach genannt, "alles Unschöne und Widerliche" war eine andere Antwort. Die meisten blieben also beim Erkunden, obwohl die Frage eigentlich den Modus des Auseinandersetzens anzielt. Die Signatur wird aber nicht nach der von der Frage beabsichtigten Ebene gewählt, sondern nach dem Modus, mit dem der Patient antwortet. Es kann aufschlußreich sein, wenn ein Patient wiederholt einen anderen Modus oder eine andere Struktur wählt, als mit der Frage angesprochen ist.
Die Antwort eines Patienten zur Frage 126 soll wiedergegeben werden, weil darin der (eigentlich beabsichtigte) Modus des Auseinandersetzens anklingt:

> "Wenn man seine Meinung nicht sagen darf, obwohl es für eine bestimmte Tätigkeit oder Ablauf notwendig oder besser wäre."

Dieser in seinen übrigen Antworten sehr wortkarge Patient bezieht sich dabei auf seine Tätigkeit in einem streng hierarchisch geordneten Gefüge. Alle übrigen Patienten äußerten sich zu Fragen der Ordnung/Orientierung kurz und entschieden. Alle schätzten Ordnung, Ordentlichkeit in weitestem Sinne und gaben an, sie bemühen sich, ihr Leben nach festen Grundsätzen zu regeln. Frau H. ist schon eine Ausnahme, wenn sie es für möglich hält, einmal gegen einen ihrer Grundsätze zu verstoßen.
Wenn man die in der oben beschriebenen Weise signierten Antworten (es wurden nur einige wenige herausgegriffen) der Patientin zur Struktur Raum zusammenfaßt, ergibt sich folgendes Bild (die Aussagen der Patientin werden indikativisch verwandt, Überlegungen und Folgerungen des Untersuchers sind als Stellungnahmen erkennbar):

Raum - Erkunden - Gegenwart:

Die Patientin ist Witwe. Sie äußert sich nicht über Wohnverhältnisse, Bekannte, Bezugspersonen. Ihre Kinder dürften ihr am nächsten stehen. Ihr nahestehenden Menschen möchte sie immer nahe sein. Sie wartet, daß man auf sie zukommt, hält sich selbst für gehemmt und unter Minderwertigkeitsgefühlen leidend, ohne daß sie sagt, woher diese rühren. Von ihrer Umwelt fühlt sie sich als unbedeutend eingeschätzt. Mit ihren Geschwistern hat sie oft Streit wegen Erbauseinandersetzungen. Dennoch sagt sie, daß sie bei Streit meist versuche zu schlichten. Vor Veränderungen hat sie Angst. Ihr besonderes Interesse ist Politik, manchmal läßt sie sich in politische Streitgespräche ein. Sie liest Zeitungen, Zeitschriften, sieht im TV Unterhaltungssendungen, Krimis oder Verwandtes. In ihrer Freizeit geht sie gern spazieren. Sie beurteilt ihre Umgebung eher nach Gefühlen als nach festen Gesichtspunkten. Verbindliche moralische Grundsätze sind für sie die zehn Gebote. Sie hält es aber für möglich, sich gegen einen ihrer Grundsätze hinreißen zu lassen. "Anständig" ist für sie ein wichtiger Begriff. Menschen gegenüber, die sich betont ideologisch oder religiös geben, verhält sie sich gleich-

gültig. Arrogantes Benehmen kann sie ganz besonders wenig leiden. In schwierigen Situationen ist sie eher vorsichtig. Die Möglichkeit nur zu erwägen, ihren Lebensunterhalt nicht zu verdienen, kommt für sie überhaupt nicht in Frage. Ursachen für ihre Gehemmtheiten und Minderwertigkeitsgefühle gibt sie bis jetzt nicht an. In ihrer Umgebung achtet sie auf Ordnung, Pünktlichkeit, Sparsamkeit. Ehrgeizig ist sie nicht, neugierig auch nicht.
Schon hier, auf der Ebene Raum - Erkunden, lassen sich eine Reihe von Konflikten erkennen. Die Patientin gibt an, daß sie bei einem Streit meist versuche zu schlichten, befindet sich aber in einem offenbar langwierigen Streit mit den Geschwistern. Sie hat Sehnsucht nach engem Zusammenleben, das ist ihr in der jetzigen Situation aber nicht möglich. Sie ist berentet, also nicht mehr erwerbstätig, sagt aber, es käme für sie überhaupt nicht in Frage, ihren Lebensunterhalt nicht verdienen zu müssen. Sie nimmt an ihrer Umwelt aktiv Interesse, ist aber, soweit aus der Anamnese bekannt, in ihrem äußeren Lebensraum, zumindest dem mitmenschlichen, sehr eingeschränkt.

Raum - Entdecken - Gegenwart:

Bevor einige Antwortbeispiele genannt werden, die diesem Bereich zuzuordnen sind, soll noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß die Grenzen zwischen den einzelnen Kommunikationsebenen fließend sind. Zwar kommt grundsätzlich dem Entdecken eine neue Qualität zu, etwa der Gegensätzlichkeit, der Überraschung, des Vergleichs, des unvermuteten Auftauchens eines Sachverhaltes oder Gegenstandes aus einem bisher mehr vage erlebten Horizont - aber: in jeder Feststellung einer Einzelheit, wie es beim Erkunden geschieht, wird diese ja schon im Vorgang des Wahrnehmens von einem undeutlichen Hintergrund abgehoben. Also wird die Zuordnung sich bei aller grundsätzlichen Anerkennung der Unterschiede in den Ebenen oft nach dem Gesamteindruck richten, den man von dem Patienten hat. Die gleiche Antwort kann bei einem Patienten dem Erkunden zu-

gerechnet werden, bei einem anderen dem Entdecken. Zwischen den folgenden drei Modi - Auseinandersetzen, Binden/Lösen, Bewältigen - sind die Grenzen eindeutiger.

F. 120: Gibt es in Ihrer Umwelt Konflikte? Was für welche und wie werden sie gelöst?

Antw.: "Ja, sehr viele Konflikte, hauptsächlich durch Lärmbelästigungen, die nicht gelöst werden, sondern mit denen man fertig werden muß."

Andere Patienten antworten:

"Die Konflikte sind unbedeutend."
"Konflikte waren nur am Arbeitsplatz, die hab ich leider nicht lösen können, da bin ich dann erkrankt."

Frage 120 ist in mancherlei Weise aufschlußreich. Angesprochen wird eigentlich die Ebene der Auseinandersetzung oder des Bewältigens im Lebensraum. Mit dem Modus Auseinandersetzen antwortete keiner der Patienten. Frau H. greift aus vielen angedeuteten Möglichkeiten etwas Bestimmtes heraus, die Lärmbelästigung, nennt auch gegensätzliche Möglichkeiten, damit umzugehen, deshalb wird mit Entdecken signiert. Nähere Zusammenhänge nennt sie nicht, auch keinen Lösungsweg - dann wäre die Ebene Bewältigen getroffen. Die erste der oben genannten Antworten wäre mit Erkunden zu signieren, die zweite, da der Patient Zusammenhänge sieht, mit Erschließen: weil er den Konflikt nicht habe lösen können, sei er erkrankt. Für alle hier untersuchten Patienten gilt tendenziell, daß sie Widersprüchliches und Konflikthaftes in ihrem Leben wenig feststellen - Frau H. spricht noch am meisten davon - entsprechend ist der Modus Entdecken, der die Anerkennung von Gegensätzlichem beinhaltet, in den Antworten viel seltener anzutreffen als der Modus Erkunden. Das Überwiegen des erkundenden Zugangs könnte auch den Sinn haben, Widersprüche, die zu Auseinandersetzungen führen könnten, gar nicht erst deutlich werden zu lassen, weil die (möglicherweise gefürchtete, jedenfalls selten anzutreffende) Auseinandersetzung so vermieden werden kann. In diesem Fall läge bereits eine

Abwendung vor.
Die folgenden Beispiele betreffen den Orientierungs- bzw. Ordnungsaspekt des Räumlichen.

F. 135: Was halten Sie von dem Satz: "Besser Unrecht erleiden als Unrecht tun?"

Antw.: "Den Satz bejahe ich."

Andere Patienten antworten:

"Für einen guten Charakterzug", "lieber erleiden", "Viel", "Trifft für mich zu", "In Ordnung".

Mit der Antwort wird eine klare Präferenz zwischen gegensätzlichen Haltungen getroffen (dies ist allerdings in der Frage schon vorgegeben), deshalb wird Raum - Orientierungsraum - Entdecken signiert. Sechs Patienten hielten es für richtiger, Unrecht zu erleiden, eine ließ die Frage unbeantwortet.

F. 168: Wenn Sie Kinder hätten, wie würden Sie diese erziehen?

Antw.: "Tolerant, jedoch nach religiösen Grundsätzen (zehn Gebote Gottes)"

Andere Patienten antworten:

"Tolerant" (mehrmals). "Mit viel Liebe, aber wenn nötig, auch mit Strenge, auch diese kann Liebe sein."

Die Antwort von Frau H. nennt gegensätzliche Gesichtspunkte, ist daher mit Entdecken zu signieren. Die zweite Antwort knüpft mit der Begründung bereits Zusammenhänge, deshalb Signierung Erschließen.

F. 161: Wie kommen Sie mit Ordnungen (moralischen, staatlichen, gesellschaftlichen usf.) zurande, die Sie ablehnen, aber befolgen müssen?

Antw.: "Schlecht - ich denke hier an meine Einkommensteuer-(er)klärung, die ich abgeben muß, aber ohne Steuerberater nicht zuwege bringe, ohne mir zu schaden."

Andere Patienten antworten:

"Schlecht"; "Ich komme gut zurecht"; "sehr schlecht"; "Ich befolge sie, soweit es meine Moral erlaubt."

Die Patientin fokussiert in ihrer Antwort ein bestimmtes Ärgernis, damit ist Entdecken zu signieren, ebenso in der letztgenannten Antwort, die eine klare Einschränkung zum Ausdruck bringt.
Wenn man jetzt die Antworten der Patientin zusammenfaßt, die dem Entdecken des Räumlichen zugeordnet werden müssen, gewinnt man folgende Zusammenstellung:

Raum - Entdecken - Gegenwart:

Die Patientin erkennt Gegensätze und Unterschiede in einer Reihe von Bereichen. Ihr Umgang damit ist trotz aller Grundsätze wohl eher praxisbezogen-flexibel, etwa, wie sie ihre Kinder erzogen hat: tolerant, aber nach religiösen Grundsätzen. Bindung, die sie zur Zeit nicht mehr hat, ist für sie nicht Abhängigkeit, sondern Partnerschaft. Konflikte in ihren mitmenschlichen Beziehungen löst sie durch "Verdrängung", erkennt also kritische Punkte, will aber nicht genauer hinsehen. Dies kann auch als Ausdruck einer gewissen Resignation angesehen werden. Ob sie verschlossen oder vorsichtig ist oder beredt, hängt von den Umständen ab. Sie bekennt sich dazu, es sei besser, Unrecht zu erleiden als Unrecht zu tun. Je nach den Umständen würde sie im Falle eines Unrechts entscheiden, ob sie alle juristischen Mittel ausschöpfen sollte, sich zu wehren. Moral käme jedenfalls vor dem Fressen. Hilfe für Freunde in Not: je nach Umständen. Unbekannter auf der Straße in Not: beobachten, Polizei verständigen. Mit Ordnungen, die sie befolgen muß, aber nicht einsieht, kommt sie schlecht zurecht (Beispiel Steuererklärung); sie nimmt sich dann Hilfe, weil sie sich sonst schaden würde. Sie liebt Ordnung, kann aber die sie störende Unordnung durchaus ertragen. Es muß in ihrem Leben nicht alles geordnet verlaufen, sie liebt Überraschungen sogar, wenn auch nur erfreuliche. Dabei ist ihr Leben

cher monoton. In ihrer Umwelt sieht sie viele Konflikte - Lärmbelästigung ist einer, der sich nicht lösen läßt - mit dem sie irgendwie fertigwerden muß. Auseinandersetzungen denkt sie sich in der Phantasie gelegentlich aus, allerdings keine gewalttätigen.

Raum - Erschließen - Gegenwart:

Beim Modus des Erschließens geht es, wie schon angedeutet wurde, um das Erkennen eines zusammenhängenden Ganzen, und zwar entweder vorlogisch-bildhaft, intuitiv, oder logisch-erfassend. Derjenige, der sich etwas erschließt, erfährt (erschließt) damit gleichzeitig einen Aspekt seiner selbst.

Für eine solche Signierung findet sich in dem Antwortbogen der Patientin H. nur ein Beispiel, und kein sehr charakteristisches:

F. 85: Sind Sie im allgemeinen für unverbindliche, lockere Beziehungen?

Antw.: "Nein, selbst in der Tierwelt herrscht meist die Einehe vor."

Hier stellt die Patientin ihre Orientierung in einen größeren Zusammenhang. Sie ergreift oft entschiedene Standpunkte, erschließt sich dabei aber wenig - der Umwelt wie auch sich selbst. Über ihre Kommunikation mit der Umwelt spricht sie praktisch nicht, jedenfalls in Bezug auf die Gegenwart, in der Vergangenheit ist es etwas anders. Sie meint, andere müßten auf sie zugehen.
Es folgen zwei Beispiele, die mit Raum - Erschließen signiert wurden, von einer anderen Patientin.

F. 168: Wenn Sie Kinder hätten, wie würden Sie diese erziehen? Streng? Tolerant?

Antw.: "Mit viel Liebe, aber wenn nötig, auch mit Strenge, auch diese kann Liebe sein."

Diese Patientin nennt über ein bloßes Feststellen möglicher erzieherischer Haltungen hinaus eine Begründung, stellt da-

mit - wie fragmentarisch auch immer - einen größeren Zusammenhang her.
Ähnlich bei

F. 273: Glauben Sie, daß das Leben einen Sinn hat? Was für einen?

Antw.: "Indem man seinen Mitmenschen nie weh tut, jeder Mensch ist mein Nächster."

Die Patientin stellt wieder den von ihr empfundenen Lebenssinn in den größeren Zusammenhang einer religiösen Ordnung. So wäre auch diese Antwort mit Erschließen zu signieren. Diese Begründung ist charakteristisch für Depressive - das Vermeiden einer Ordnungsverletzung wird als sinnstiftend bezeichnet.

Raum - Auseinandersetzen - Gegenwart:

Eine Reihe von Fragen zum Modus Auseinandersetzen beantwortet die Patientin H. nicht. Sie scheint trotz dezidierter Überzeugungen Konflikten eher aus dem Wege zu gehen. Sie zieht es vor, zu "verdrängen", ein Wort, das sie mehrfach erwähnt. Es spricht manches dafür, daß sie sich einem Streit nicht gewachsen fühlt, Bedrohliches antizipiert.

F. 158: Glauben Sie, man kommt vorwärts, wenn man aufrichtig und wahrhaftig ist oder eher durch schlaue und krumme Touren?

Antw.: "Wenn es auch manchmal den Anschein hat, als ob man durch schlaue und evtl. krumme Touren vorwärts kommt, so möchte ich für meine Person sagen: lieber aufrichtig und wahrhaftig."

Hier wurde Auseinandersetzen signiert, weil die Patientin nach Abwägen auch einer anderen Möglichkeit sich für eine bestimmte Haltung entscheidet. Die Patientin gibt an (F. 263), sie setze sich immer wieder kritisch mit sich selbst auseinander, es käme aber nichts dabei heraus.
Bei den hier untersuchten Patienten finden sich kaum Antwortbeispiele für den Modus Auseinandersetzen. Am ehesten noch

sind Ansätze dazu im Wertbereich erkennbar, wenn bestimmte Verhaltensweisen deutlich abgelehnt werden.

So schreibt ein Patient (R. G.)

F. 128: Was halten Sie von Menschen, die sich anderen gegenüber anpassen, unterwerfen und von anderen, die sich nichts gefallen lassen oder sich aggressiv durchsetzen?

Antw.: "Die erste Gruppe (halte ich) für zu weich, die zweite Gruppe für angeberisch."

F. 129: Was halten Sie von Menschen, die wiederholt ihre Meinung ändern?

Antw.: "Für charakterlose Menschen."

Der Patient, der hier überwiegendes Anpassen und Durchsetzen kritisch betrachtet, ist der einzige der hier befragten Depressiven, der sich selbst klar für durchsetzungsfähig hält. Eine weitere Patientin möchte ihre Kinder so erziehen, daß diese durchsetzungsfähiger werden als sie selbst. Im übrigen werden Konflikte entweder verneint oder die Patienten stellen fest, daß sie sich im Streit meist um eine vermittelnde Haltung bemühen. In der Phantasie denkt Frau H. sich gelegentlich Auseinandersetzungen aus (F. 150).

Raum - Binden/Lösen - Gegenwart:

Obwohl die Patientin lange Jahre verheiratet war, auch heute noch ein recht enges Verhältnis zu ihren Söhnen hat, antwortet sie auf die Frage:

F. 96: Gibt es eine oder mehrere Bindung(en) in Ihrem Leben?
An wen?

Antw.: "Nein."

Vielleicht ist die Familie ein so selbstverständlicher Teil ihres Lebensraumes, daß hier nicht von Bindung gesprochen wird, vielleicht ist auch die Frage mißverständlich, die meisten anderen Patienten antworten hier ähnlich.

F. 90: Ist für Sie Bindung gleich Abhängigkeit?

Antw.: "Nein - Partnerschaft."

Dennoch sagt die Patientin, gegenüber ihr nahestehender Personen brauche sie nicht auch Abstand, sondern wolle ihnen immer nahe sein (F. 89).
Sie spricht nicht näher über die wichtigste Beziehung ihres Lebens, die Ehe, mehr von ihrer Trauer über den Tod ihres Mannes. Aus der Krankengeschichte ist bekannt, daß sie sich an ihre Wohnung eng gebunden fühlt, weil sie dort die entscheidenden Jahre ihres Lebens verbracht hat. Sie kann sich aber auch eine Lösung vorstellen - hat sie sich einmal für einen Menschen entschieden, dann glaubt sie nicht, daß sie zu ihm hält, wenn er es nicht wert ist, wobei sie allerdings berücksichtigen möchte, ob Kinder da sind. Sie neigt dazu, immer wieder zu kontrollieren (F. 215).

F. 155: Gibt es für Sie verbindliche moralische Grundsätze?

F. 156: Ist Pflichterfüllung für Sie oberstes Lebensprinzip?

F. 274: Glauben Sie an ein Leben nach dem Tode? An eine ausgleichende Gerechtigkeit?

Alle drei Fragen werden von der Patientin - ohne eine nähere Erläuterung - bejaht. Daß sie an eine ausgleichende Gerechtigkeit glaubt, stimmt überein mit ihrer sonstigen moralisch-ethischen Orientierung, ihren Erkenntnissen und ihrer Handlungsweise, wie sie sie beschreibt. Sie findet wohl darin auch Trost.
An einen Lebenssinn zu glauben, geben alle Patienten an - eine Antwort war etwas eingeschränkt: "ja und nein". Von einer ausgleichenden Gerechtigkeit waren bis auf einen Patienten alle überzeugt. Dennoch werden auch Zweifel an der Religion mehrmals genannt, Widersprüchliches darin festgestellt, das zu Konflikten Anlaß gab. Ein Patient sagt, er wolle nicht zweifeln, sich da lieber raushalten, er wolle nicht in Schwierigkeiten kommen.
Charakteristisch ist bei diesem Modus für alle Patienten,

daß sie sich auf zahlreichen Gebieten an feste Prinzipien und Normen binden, ohne mit möglichem Gegensätzlichen eine Auseinandersetzung erlebt oder nur erwogen zu haben. Selbstverständlich und verbindlich Erscheinendes wird gar nicht erst befragt - zahlreiche "man"-Antworten bilden das auch sprachlich ab. Es wird eher eine Bindung an Konventionen als an individuelle Normen deutlich.

Raum - Bewältigen - Gegenwart:

Es werden einige typische Fragen genannt, die auf diesen Modus zielen, und die Antworten der Patientin H. aufgeführt.

F. 99: Wie werden Sie mit Konflikten und Problemen fertig, die sich aus Ihren menschlichen Beziehungen ergeben?

Antw.: "Durch Verdrängung."

F. 100: Wie werden Sie mit Verlusten und Enttäuschungen fertig? (z.B. Vergessen, dagegen angehen, die Schuld bei anderen ausklagen, aussprechen. Trost in Religion oder Weltanschauung suchen, fachliche Hilfe beanspruchen, sich betäuben)

Antw.: "Die schlimmste Enttäuschung war für mich der Tod meines Mannes. Ich gehe immer dagegen an und finde Trost in dem Bewußtsein, daß es anderen Frauen auch so geht."

F. 134: Wie bewältigen Sie Ungerechtigkeiten in Ihrer unmittelbaren Umgebung?

Antw: "Ich versuche, soweit mir dies möglich ist, sie abzustellen."

Der Modus des Bewältigens meint, eine konflikthafte Situation oder widersprüchliche Erkenntnis nach stattgehabter Auseinandersetzung zu einem (vorläufigen) Abschluß zu bringen.

Frau H. bewältigt eher emotional gefärbt Konflikte in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen durch "Verdrängen", also,

indem sie bewußt etwas dagegensetzt, das Konflikthafte wegschiebt, andere Lösungen scheint sie in diesem Bereich nicht für möglich zu halten. Dagegen bewältigt sie z.B. Ungerechtigkeiten, indem sie diese Dinge, soweit es ihr möglich ist, abstellt. Hier kann sie wohl eher handeln als im personalen Bereich, wo sie bei aller Aktivität resignierend erscheint. Trost gibt ihr auch das Wissen, an allgemeinen Lebensabläufen teilzuhaben.
Zwei der Patienten gaben an, mit zwischenmenschlichen Konflikten gut fertigzuwerden; es waren diejenigen, die auch Ungerechtigkeiten nicht passiv hinnehmen wollten, sondern "Aussprache und Richtigstellung" bzw. den Versuch auszugleichen für angebracht hielten. Die anderen, die meinten, sie hätten es mit Konflikten nicht leicht, schrieben, daß sie Ungerechtigkeiten eben hinnehmen müßten, es ginge ihnen aber lange nach. Vier Patienten sagten, sie bewältigten Verluste und Enttäuschungen, indem sie Trost in der Religion suchten. Mehrfach wurde auch Aussprache als Bewältigungshilfe erwähnt. Ein Patient meinte, er habe keine Enttäuschung erlebt, familiär, beruflich und finanziell sei bei ihm alles in Ordnung. Dies stimmt mit seinen sonstigen Angaben nicht überein, wohl aber mit einer Tendenz, die auch bei anderen seiner Antworten deutlich wird: er wolle Widersprüchliches lieber nicht wahrnehmen, weil er sonst nur in Schwierigkeiten käme, denen er sich nicht gewachsen fühlte. Der Patient ist sich bewußt, daß er das Entdecken blockiert, weil er die Auseinandersetzung fürchtet. In diesem Fall ist ein eigentliches Bewältigen nicht möglich, eine Stagnation vorgegeben.

Die bisher erwähnten Antwortbeispiele zur Struktur Raum sind gegenwartsbezogen. Wie die Patientin H. in der Vergangenheit Lebensraum, Ordnung und Orientierung erfuhr (aus ihrer heutigen Sicht), soll nun ebenfalls verdeutlicht werden. Ihre Antworten sind nach den Modi zusammengefaßt, mit denen sie signiert wurden. In Klammern sind die Nummern der Fragen angegeben, auf die sich die Antworten beziehen. So

wird auch in den anschließenden Fällen für die Vergangenheit verfahren.

Raum - Erkunden - Vergangenheit:

Die Patientin wuchs mit mehreren Brüdern als Handwerkstochter auf in eher engen Wohnverhältnissen (295). Es gab moralische und religiöse Grundsätze (164), besonders betont wurden Fleiß und Leistung (169). Belohnungen gab es nicht, es war alles selbstverständlich (170). Die Kindheit wird weder als grau und eintönig noch als abwechslungsreich erinnert (294). Die Patientin schätzte Ordnung und stellte ihre innere Ordnung durch Beichte wieder her (178). Vorbild war der Vater (166).

Raum - Entdecken - Vergangenheit:

Es gab oft Streit, zwischen den Eltern (290) und auch zwischen Eltern und Brüdern (174). Zwar vertraten die Eltern gleiche Erziehungsgrundsätze (165), vor der Mutter aber hatte die Patientin Angst, bezog Schläge von ihr, fühlte sich abgelehnt (3, 281, 284, 303, 94), den gütigen Vater liebte sie (94). Sie bemerkte, daß es bei anderen Leuten nicht so streng zuging wie zuhause (176), ab dem 20. Lebensjahr baute sie sich eigene Überzeugungen auf (107). Sie war ein neugieriges Kind, besonders hinsichtlich der Aufklärung (185), die sie sich selbst aus einem Buch verschaffte (62, 286). Ihre größte Enttäuschung war ihr Nervenzusammenbruch mit nachfolgender Einlieferung in eine Nervenklinik in den 30er Jahren (305).

Raum - Erschließen - Vergangenheit:

Zu diesem Modus ist wenig zu erfahren. Die Patientin war ein ausgelassenes Kind (32), ihre Initiative scheint mehr im Praktischen als im Gefühlshaften zur Wirkung gekommen zu sein. Kontaktfreudig schildert sie sich gar nicht. Lieblingslektüre als Kind: Krimis neben Märchen (54, 55). Sie genoß den Rückzug ins Bett bei Kinderkrankheiten, weil sie dann nicht zur Schule mußte (11).

Raum - Auseinandersetzen - Vergangenheit:

Es gab ständige Auseinandersetzungen mit der Mutter (39, 94, 283, 284), wobei die Patientin frühzeitig lernte, daß es keinen Sinn hatte, sich zur Wehr zu setzen (34, 38, 40, 41). Die ungünstigen Erziehungsverhältnisse macht sie heute für ihre Krankheit verantwortlich (3).

Raum - Binden/Lösen - Vergangenheit:

Mit 18 Jahren verließ die Patientin das Elternhaus und arbeitete als Bürokraft (221). An dem Vater hing sie besonders (94). Wie die Ablösung gelang, sagt sie nicht. Später, als sie in eine andere Gegend ziehen mußte, erkrankte sie das erste Mal an einer Depression (305).

Raum - Bewältigen - Vergangenheit:

Die Patientin erhielt in ihrer Kindheit keine Hilfe bei der Bewältigung von Schwierigkeiten, von bestimmten Ordnungsprinzipien und der Güte des Vaters abgesehen. Bei Wut oder Angst zog sie sich schon früh zurück (34, 38, 40).

6.2.2 Zeit - Erkunden bis Bewältigen

Es folgen Fragen und Antwortbeispiele, die dem zeitlichen Erkunden in der Gegenwart zuzuordnen sind. Mit Zeit - Erkunden - Gegenwart wurden Antworten signiert, die erkennen lassen, daß die Patienten in allgemeiner Form Zeitabläufe und Veränderungen bei sich selbst und der Umwelt wahrnehmen (beide Vorgänge laufen gleichzeitig ab), daß sie sich als Zeit gestaltend oder verantwortlich erfahren. Der Zusammenhang zwischen Zeit und Verantwortung wurde schon erwähnt.

F. 267: Fallen Ihnen Veränderungen in Ihrer Umgebung auf?

F. 255: Was erwarten Sie weiterhin vom Leben?

F. 241: Was würden Sie tun, wenn Sie nicht Ihren Lebensunterhalt verdienen müßten?

F. 242: Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

F. 259: Gibt es etwas, wofür Sie sich verantwortlich fühlen?

Die Antworten der Patientin H. zu diesem Modus lassen sich so zusammenfassen:
Die Patientin nennt keine Zukunftsperspektiven. An Geschichte und Politik nimmt sie allgemein Anteil. Ihre Freizeit nutzt sie, um spazierenzugehen. Sie kann sich nicht vorstellen, was sie tun würde, wenn sie nicht ihren Lebensunterhalt verdienen müßte, dabei entspricht Letzteres ihren derzeitigen Lebensumständen. Eine solche Möglichkeit auch nur zu erkunden, verbietet ihr ihre Orientierung. Sie findet es indiskutabel. Verantwortlich fühlt sie sich "für die Anständigkeit ihrer Söhne".
Die Frage nach den Zukunftsperspektiven (255) wurde nur in einem Fall konkret beantwortet, dieser Patient (M. N.) wünschte sich, den für ihn richtigen Arbeitsplatz zu finden. Zwei weitere Patienten ließen diese Frage aus, die anderen nannten Gesundheit, Frieden, Schmerzfreiheit.

Zeit - Entdecken - Gegenwart:

Bei allen Patienten fällt auf, daß sie Fragen zur Struktur Zeit weniger vollständig behandeln als solche zur Struktur Raum bzw. daß ihre Antworten sich auf Räumliches beziehen, auch wenn nach Zeitlichem gefragt ist. Als Beispiel für das zeitliche Entdecken sollen die Fragen 266 und 269 dienen:

F. 266: Nehmen Sie sich gelegentlich vor, sich zu ändern? Wie müßte das aussehen?

Diese Frage wird mehrfach übergangen, auch von Frau H.; zwei Patientinnen nennen den Wunsch, sich nicht alles so zu Herzen zu nehmen bzw. seelisch und körperlich kräftiger zu werden.

F. 269: Haben Sie Angst vor Veränderungen in Ihrer Umgebung oder suchen Sie diese?

Zwei Patienten, auch Frau H., sprechen ausdrücklich von ihrer Angst vor Veränderungen, einer sagt, er wolle nichts verändern, zwei geben an, ohne Angst zu sein.

Faßt man die Antworten der Patientin H. zu diesem Modus zusammen, ergibt sich folgendes Bild:
Die Patientin läßt einige Fragen, die sich auf Zeiterfahrung beziehen, unbeantwortet. Ihr steht deutlich vor Augen, daß sie manche Möglichkeit aufgrund ihres Alters nicht mehr hat, etwa beruflich. Im Vergleich zu anderen sieht sie sich unter Minderwertigkeitsgefühlen leidend, ohne zu entdecken, worin sie sich minderwertig fühlt - wobei sie die Verursachung und Verantwortung dafür in der Vergangenheit sucht. Die Zukunft erscheint ihr wie auch die Vergangenheit der letzten Jahre unter dem Aspekt des Verlustes, als ein Nicht-Mehr. Die wesentliche Veränderung, die die Patientin in der letzten Zeit erfuhr, ist der Tod ihres Mannes. Hierauf bezieht sie sich mehrmals. Auch mit diesem Ereignis hängt es wohl zusammen, daß sie Angst hat vor dem Sterben, genauer gesagt, vor den Krankheiten, die zum Sterben führen könnten. Allgemein hat sie Angst vor Veränderungen in ihrer Umgebung. Sie erlebt sich als klar Stellung nehmend, ein Thema setzend, damit auch verantwortlich, vor allem hinsichtlich Ordnung und Orientierung. Die Selbstdarstellung in der Leistung fehlt ihr heute.

Zeit - Erschließen - Gegenwart:

Für diesen Modus findet sich in dem Antwortbogen der Patientin H. kein Beispiel. Die Fragen, die auf diesen Modus zielen, solche nach dem Empfinden von Schuld oder besonderer Verantwortung, beantwortet sie nur ganz knapp oder gar nicht.

F. 210: Fühlen Sie sich von der Last Ihrer Verantwortung manchmal erdrückt?

Antw.: "Ja"

Diese Antwort (die dem Erkunden zuzuordnen wäre) ist erstaunlich, weil die Patientin faktisch kaum noch Verantwortung zu tragen hat. Was sie damit anspricht, bleibt unklar. Da sie vor allem im Beruf ihre Identität erfahren hat, ist zu vermuten, daß es sich um Funktionen handelt, die mit

dem Betrieb ihres Sohnes, dem Vermächtnis ihres Mannes gewissermaßen, in Zusammenhang stehen. Ihr Begriff von Verantwortung ist praktisch, beinhaltet Zuverlässig-Gleichbleibendes.

F. 212: Kennen Sie Menschen, die Verantwortung suchen? Was mag sie dazu bewegen?

Diese Frage übergeht die Patientin. Es ist auffallend, daß vier andere Patienten, die alle nach ihren Antworten als besonders verantwortlich eingeordnet werden müssten, meinen, keinen Menschen zu kennen, der Verantwortung sucht. In einem Fall heißt es, Erfolgsmenschen neigten zu dieser Einstellung. Als verantwortungsbewußt - im Gegensatz zu Verantwortung suchend - ordnen sich vier Patienten ein.

Zeit - Auseinandersetzen - Gegenwart:

Der Modus des Auseinandersetzens in der Struktur Zeit beinhaltet vor allem die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte.

F. 281: Glauben Sie, daß Sie es in Ihrem Leben schwerer hatten als andere? Warum?

Antw.: "Ja, ich habe die Mutterliebe entbehrt."

F. 283: Machen Sie Ihren Eltern wegen falscher Erziehung - innerlich - Vorwürfe? Weswegen?

Antw.: "Ja, meiner Mutter."

Beide Antworten sind formal nicht dem Auseinandersetzen zuzuordnen - Behauptung, Widerspruch, Dagegen-Angehen wird nicht deutlich - sollen hier aber mangels besserer Beispiele genannt werden, weil sie dem mit der Frage Beabsichtigten noch am nächsten kommen. Die zweite Erkrankung an einer Depression führt Frau H. nach mehreren Jahrzehnten auf die Strenge ihrer Mutter zurück.
Drei andere Patienten meinten, daß sie es schwerer gehabt hätten als andere. Dafür nannten sie unterschiedliche Gründe: Schwierigkeiten in der Schule, Herkunft aus einer kin-

derreichen Familie, Ausgebombt-Werden während des Krieges und Gefangenschaft. Zwei Patienten machen ihren Eltern Vorwürfe: sie hätten ihr Kind zu wenig zu schulischen Leistungen angehalten, in einem anderen Fall wird den Eltern Erröten und Hemmungen in der Kindheit zur Last gelegt.
Die hier befragten Patienten setzen sich, soweit aus dem Fragebogen erkennbar, mit dem Auf und Ab ihres Lebens nur angedeutet auseinander. Es wird überhaupt wenig zeitliche Gliederung sichtbar, mehr ein gleichförmiges Fließen. Für Frau H. scheint die Zeit mit dem Tod ihres Mannes zum Stillstand gekommen zu sein.

Zeit - Binden/Lösen - Gegenwart:

Mit Zeit Binden/Lösen Gegenwart wäre zu signieren, wenn ein Patient z.B. angibt, stets in denselben Dingen gedanklich gefangen zu sein, beständig etwa von der Vergangenheit zu träumen, wenn von langen Bindungen oder Fixierungen oder auch von deren Lösung die Rede ist. Frau H. äußert sich zu diesen Fragen nicht explizit, so daß keine Einzelsignierung zu diesem Modus möglich war. "Zwischen den Zeilen" wird aber die Kommunikationsweise der Patientin in diesem Modus erkennbar. Daß die langjährige Bindung an ihren Mann durch dessen Tod nicht mehr besteht, kann sie nur schwer verarbeiten. Sie findet Trost in der Erkenntnis, daß es anderen Frauen genauso geht, im allgemeinen Ablauf der Zeit. Träume von der Vergangenheit gestattet sie sich nur angedeutet. Ihr Weg ist: Dagegen-Angehen, Verdrängen, weniger eine bewußte Lösung in der Trauer.
Fragen, die auf Zeit Binden/Lösen Gegenwart abzielen, wären etwa:

F. 311: Ergreift Sie Wehmut, wenn Sie zu den Stätten Ihrer Kindheit zurückkehren?

F. 300: Glauben Sie, daß Sie sich von Ihren Eltern und deren Einflüssen weitgehend gelöst haben? Was ist an deren Stelle getreten?

F. 302: Welche Gewohnheiten Ihrer Kindheit und Jugend pflegen Sie heute noch? (Feste feiern, Tisch- und Zu-Bett-Geh-Gewohnheiten, Zubereitung von Mahlzeiten usf.)

Zur Frage 300 meinen zwei Patienten, sich nicht gelöst zu haben, zwei weitere sagen, der Ehepartner sei an die Stelle der Eltern getreten.

Zeit - Bewältigen - Gegenwart:

Mit Bewältigen ist, das soll noch einmal erwähnt werden, mehr gemeint als ein bloßes Hinnehmen, es setzt das Entdecken voraus, das Erschließen von Zusammenhängen, die Auseinandersetzung mit Gegensätzlichem oder Konflikthaftem, das Einnehmen eines Standpunktes bzw. das verbindliche Erkennen einer Wahrheit.

Vor der Endgültigkeit ihres Daseins fürchtet die Patientin sich, ein Versuch, dieses Thema zu lösen oder leichter zu akzeptieren, es zu "entschärfen", wird nicht deutlich. An anderer Stelle sagt die Patientin allerdings, daß sie Trost in der Religion fände.

F. 288: Sind Sie mit Ihrem Herkommen und Ihrer Familie, Ihrer eigenen Geschichte zufrieden?

Diese Frage bejaht die Patientin - wie die anderen sechs übrigens auch. Auf welche Weise sie zu diesem Bewältigen findet, muß offen bleiben.

Zusammenfassung der Angaben der Patientin zu Zeit - Vergangenheit:

Zeit - Erkunden:

Besondere frühe Erlebnisse von Verantwortung oder Schuld fehlen.

Zeit - Entdecken:

Bei manchen schmerzlichen Erlebnissen empfand die Patientin Zeit als Hilfe ("Rückzug, bis ich abreagiert war", Fr. 40). Besondere zeitliche Einschnitte: nach der Aufklärung erschienen

ihr Vater und Mutter in einem anderen Licht (286); mit etwa 18 Jahren entdeckte sie soziale Ungerechtigkeiten (132). Der plötzliche Tod ihres Mannes brachte ihr die Vergänglichkeit vor Augen (271). Durch das Zusammenleben mit ihm habe sie sich verändert (265).

Zeit - Erschließen:

Dieser Modus wird auch in der Vergangenheit wenig deutlich. Einerseits nahm die Patientin ihr Leben früh selbst in die Hand (221), andererseits glaubt sie, es im Leben schwerer gehabt zu haben als andere, weil sie die Mutterliebe entbehren mußte, darauf führt sie ihre Depression zurück.

Zeit - Auseinandersetzen:

Die Patientin hatte nach dem Tod ihres Mannes Selbstmordgedanken (258).

Zeit - Binden/Lösen:

Schuldgefühle oder Grübelzwänge werden nicht erwähnt. Verantwortung spürt die Patientin bis heute für ihre beiden Söhne (259), denen sie auch als einzigen vertraut (97).

Zeit - Bewältigen:

Hier gilt dasselbe wie beim Erschließen; es wird ein pragmatisches Damit-Fertig-Werden sichtbar, aber kein eigentliches Bewältigen.

6.2.3 Leib - Erkunden bis Bewältigen

Zunächst folgen wieder Fragen und Antwortbeispiele, die sich auf die Kommunikationsweisen der Patientin H. hinsichtlich der Struktur Leib in der Gegenwart beziehen.

Leib - Erkunden - Gegenwart:

Hier wird nach der allgemeinen Einstellung zum Leib, zur Emotionalität, Erotik und Sexualität gefragt, beispielsweise:

F. 13: Leben Sie nach Ihrer Gesundheit? Was beachten Sie besonders?

F. 19: Ist es Ihnen gleichgültig, was Sie essen, oder lieben Sie die Abwechslung?

F. 27: Haben Sie Stimmungsschwankungen, manchmal Affektausbrüche?

F. 81: Besprechen Sie Fragen der Sexualität in Ihrer Familie?

F. 115: Sind Sie damit zufrieden, ein Mann/eine Frau zu sein? - warum?/warum nicht?

Über ihre Einstellung zum Leib äußert die Patientin sich nur knapp, es ist weder eine verwöhnende noch eine unterdrückende Einstellung erkennbar. Sie hat Spaß an abwechslungsreichem Essen, geht gern zum Schwimmen, achtet auf regelmäßige Verdauung. Emotionales schildert sie kaum; sie kennt Stimmungsschwankungen, keine Affektausbrüche. Musik und Tanz bedeuten ihr (im passiven Erleben) viel. An Krankheitserscheinungen nennt sie häufige Erkältungskrankheiten, an denen sie seit ihrer Kindheit leide. Sie ist zufrieden damit, eine Frau zu sein. Zu Fragen der Sexualität möchte sie sich ausdrücklich nicht äußern. Lebensalter und Familienstand dürften dabei eine Rolle spielen. Diese Tendenz ist auch bei den anderen Patienten deutlich. Drei Patienten beantworten eine Reihe von diesbezüglichen Fragen gar nicht, die übrigen antworten großenteils nur mit ja und nein, so daß kaum eine Auswertung möglich ist. Der Grund dafür könnte in einer allgemeinen Scheu zu finden sein, sich über so intime Dinge zu äußern, bei zwei Patientinnen kommt hinzu, daß sie praktisch keinerlei sexuelle Erfahrungen haben. Ein weiterer Grund könnte die soziale Herkunft der Patienten sein - sie gehören der unteren bis mittleren Mittelschicht an und sind, bis auf einen Patienten, in kleinen Gemeinden aufgewachsen. Auch die religiöse Bindung mag zu dem Festgelegtsein auf recht enge Normen beitragen.
Zur Frage 27 geben zwei Patienten an, daß sie weder Stimmungsschwankungen noch Affektausbrüche bei sich kennen, die übrigen bejahen Schwankungen in der Stimmung, stellen aber keine

Affektausbrüche fest. Frage 115 - die Zufriedenheit mit der Geschlechtsrolle - wurde in einem Fall (für die Vergangenheit) verneint.

Leib - Entdecken - Gegenwart:

Mit Leib Entdecken Gegenwart wären Antworten zu signieren, die bestimmte leibnahe Erlebnisse als besonders oder fremdartig fokussieren, und solche, die Vergleiche mit anderen - auf der Körperebene - zum Inhalt haben.

F. 26: Ist es Ihnen gelegentlich aufgefallen, daß bei oder nach Aufregungen, Streit, Ärger, Wut, Enttäuschungen, Scheitern, bestimmte körperliche Beschwerden auftreten? Welche? Haben Sie schon mal einen Zusammenbruch gehabt? Wie sah dieser aus?

Die Patientin H. bejaht diese Frage, gibt an, sie reagiere mit Schlaflosigkeit. Sie habe einen "Zusammenbruch bei völliger Interesselosigkeit" erlebt. Sonst ist sie ein aktiv an der Umgebung interessierter Mensch.

F. 45: Halten Sie sich für attraktiv?

F. 46: Fühlen Sie sich oft minderwertig?

Die erste Frage verneint die Patientin, bei der zweiten stimmt sie zu, von Minderwertigkeitsgefühlen spricht sie mehrfach.
Zur Frage 45 meint nur eine Patientin, daß sie sich - abhängig von ihrer Stimmung - manchmal attraktiv fühle. Die anderen antworteten mit "nein" oder konnten sich nicht entscheiden.

Leib - Erschließen - Gegenwart:

Hier wird nach der Grundstimmung der Patienten gefragt und nach ihrer Fähigkeit zu emotionaler, erotischer oder sexueller Kommunikation.
Typische Fragen, die auf diesen Bereich zielen, wären:

F. 51: Sind Sie sich selbst manchmal unheimlich?

F. 187: Halten Sie sich für sparsam, geizig, verschwenderisch? Bei welchen Gelegenheiten?

Für sparsam hielten sich mit einer Ausnahme alle Patienten. Frage 51 wird ausnahmslos verneint.
Die Patientin H. erschließt sich - soweit im Fragebogen erkennbar - emotional in der Gegenwart sehr wenig, für die Vergangenheit ist es etwas anders. Es hat den Anschein, als wenn ihr Lebensweg mehr durch praktische Pflichterfüllung geprägt ist als durch emotionales Erleben. Sie nennt sich "sparsam in allen Lebenslagen", und das ist sie wohl auch emotional. Über ihre Grundstimmung gibt sie keine Auskunft, spricht nur von manchen "trüben Stunden" und von der Minderwertigkeit.

Leib - Auseinandersetzen - Gegenwart:

Hier wird gefragt, inwieweit die Patienten affektive Auseinandersetzungen kennen, wie sie damit umgehen, ob widerstreitende Impulse wahrgenommen werden und wie mit diesen Konflikten umgegangen wird.
Einige Beispiele:

F. 145: Wenn Sie jemanden hassen, drücken Sie es aus? Schleppen Sie es mit sich herum? Oder können Sie es vergessen?

F. 148: Macht es Ihnen gelegentlich Spaß, jemanden zu ärgern oder in Verlegenheit zu bringen? Wen?

Zu 145 sagt die Patientin: "kommt für mich nicht in Frage, 148 verneint sie. Zu 145 wird von den übrigen Patienten "vergessen" mehrfach genannt, eine Patientin schreibt, sie vermeide es, jemanden zu hassen. Nur ein Patient gab an, daß er gelegentlich Spaß daran hätte, jemanden zu ärgern, die anderen kannten derartige Impulse nicht.
Frau H. äußerte sich auch heute noch recht affektiv zu ihrer Mutter. Was im Fragebogen nur kurz angedeutet wird: sie hat Streit mit ihren Geschwistern wegen Erbangelegenheiten. Wie sie damit umgeht, erfahren wir nicht. Gegen ihre Beschwerden und Störungen geht sie "mit äußester Energie" an, auch das

klingt kämpferisch.

Leib - Binden/Lösen - Gegenwart:

Der Modus Binden/Lösen, bezogen auf die Struktur Leib, meint menschliche Bindungsfähigkeit und ebenfalls eventuelle Fixierungen auf bestimmte Symptome oder körperliche Angewohnheiten. Auch eine Suchthaltung würde sich u.a. in diesem Bereich ausdrücken.
Fragen, die sich auf diesen Bereich beziehen, wären:

F. 8: Müssen Sie sich oft gegen Ihren Willen Krankheiten vorstellen, die Sie befallen haben könnten?

Antw.: "Nein"

F. 30: Welche Ihrer Gefühle und Stimmungen können Sie am ehesten gelten lassen, welche nicht?

Keine Antwort.

F. 83: Wenn Sie jemanden lieben, ist es ausschließlich? Oder können Sie sich noch eine andere erotische Beziehung daneben vorstellen?

Antw.: "Ja, ausschließlich."

F. 91: Hängen Ihre Angehörigen so sehr an Ihnen, daß diese ganz auf Sie angewiesen sind?

Die Patientin H. ist menschlich bindungsfähig, wobei die anteilnehmend-emotionale Erlebensweise wohl einen geringeren Raum einnimmt. Sie sieht sich als verantwortungs- und handlungsfähig in einer Beziehung.
Alle Patienten sprachen sich für eine ausschließliche Beziehung aus. Zwei meinten - davon eine Patientin mit Einschränkungen - daß ihre Angehörigen gänzlich auf sie angewiesen seien. Von zwei Patienten wird geschrieben, daß sie sich gegen ihren Willen Krankheiten vorstellen müßten, eine Patientin brachte dies allerdings ausschließlich mit dem Beginn der Depression in Zusammenhang.

Leib - Bewältigen - Gegenwart:

Hier wird erfragt, wie ein Patient mit Krankheiten umgeht, mit Erschöpfungszuständen, aber auch etwa mit Stimmungen, die ihn zu überwältigen und seinen Lebensablauf zu gefährden drohen.
Es folgen einige Beispiele von Fragen, die hierüber Auskunft erbringen sollen.

F. 5: Wie haben Sie bis jetzt versucht, mit Ihrem Kranksein und Ihren körperlichen und seelischen Störungen und Behinderungen fertig zu werden?

Antw.: "Mit äußerster Energie."

F. 7: Können Sie sich zum unbedingt Notwendigen auch dann zwingen, wenn Sie niedergeschlagen und verzweifelt sind?

Antw.: "Ja"

F. 122: Wie werden Sie mit Problemen und Konflikten zwischen Ihnen und Ihren Kindern fertig?

Antw.: "Durch Verdrängen."

Die Antworten der Patientin H. wurden jedoch nicht mit Bewältigen signiert, sondern im Falle von F. 5 mit Leib Auseinandersetzen Gegenwart und F. 122 mit Leib Entdecken Gegenwart; F. 7 ist aufgrund der Kürze der Antwort kaum auszuwerten. Hier kann nur erahnt werden, daß die Patientin von Niedergeschlagenheit und Verzweiflung unter bestimmten Umständen nicht gänzlich überwältigt wird, es ist aber nicht zu erfahren, auf welche Weise sie sich davor bewahrt. Die Antworten 5 und 122 geben eher Auskunft: "mit äußerster Energie" klingt kämpferisch, die Patientin geht willentlich-intentional vor. Das von ihr häufiger erwähnte "Verdrängen" setzt voraus, daß sie einen Bereich als konflikthaft und widerständig, möglicherweise gefährdend, wahrnimmt, sich dann aber willentlich abwendet, ohne sich - etwa erschließend - näher darauf einlassen zu können. Auch hier wäre nicht von Bewältigen zu sprechen, es ist eher eine

Mischung aus Kampf und Resignation.
Die Patientin hat Angst vor körperlichen Gebrechen, sie vertraut auf die Zeit, bringt ihre Krankheit mit ihrer Jugend in Verbindung - möglicherweise berechtigt - ein wichtiger Gesichtspunkt ist dabei aber auch, daß damit die Erkrankung ihrer Verantwortlichkeit entrückt ist. Ein Modus des Bewältigens scheint der Patientin in diesem Bereich nicht zur Verfügung zu stehen.
Die anderen Patienten nannten als Mittel, Krankheiten und Störungen zu bewältigen, neben dem Aufsuchen einer ärztlichen Behandlung mehrmals "Ablenkung", eine Patientin erwähnt "Auflehnung", eine weitere Sich-Zusammennehmen, "Nicht-Zeigen". Auch von Prophylaxe ist die Rede, von einem gesunden Leben, frei von Aufregungen. Sechs Patienten gaben an, unbedingt Notwendiges auch in Zeiten der Verzweiflung und Niedergeschlagenheit tun zu können, als "Hilfsmittel" wurden erwähnt: ein ausgeprägtes Wollen, Ausdauer und auch ein Halt in der Religion. Ein Patient spricht davon, daß seine Bemühungen sich in der Krankheit (Depression) als aussichtslos erwiesen, von den übrigen wird der Zusammenbruch ihrer Bewältigungsmöglichkeiten in der Erkrankung nicht erwähnt. Das Bestreben, sich Krankheiten nicht zu überlassen, sondern mit Hilfe der verschiedensten Strategien damit umzugehen, wenn nicht dagegen anzugehen, wird bei allen Patienten deutlich.

Zusammenfassung der Angaben der Patientin zu
Leib - Vergangenheit:

Leib - Erkunden:

Die Patientin war ein gewandtes Kind (23), ausgelassen (32), gleichwohl sich minderwertig (31), ängstlich (41) und unattraktiv (41) fühlend. Sie war froh, wenn sie der Schule fernbleiben konnte, und dazu verhalfen ihr Krankheiten (11). Sie kämpfte - wie heute - "mit äußerster Energie" gegen Mißbehaben und Verstimmungen (10). Verwöhnung gab es nicht. Es

wäre für sie nicht in Frage gekommen, bei Sport etwa nicht mithalten zu können (17). Emotionale Regungen wurden auch in der Kindheit wenig erkundet. In Zeiten der Niedergeschlagenheit gab es nur die Möglichkeit, abzuwarten (38). Der Körper fand keine besondere Beachtung, es ist ein leistender Umgang mit dem Leib zu erkennen.

Leib - Entdecken:

Die körperlichen Veränderungen während der Pubertät hat die Patientin positiv erlebt (24). Sie war ein neugieriges Kind (185). Erste sexuelle Erfahrungen waren schuldbesetzt (63). Die Patientin hat intensiv geliebt (82).

Leib - Erschließen:

Es gibt wenig Hinweise auf gefühlshaftes Erschließen in der Kindheit. Die Patientin schreibt, sie habe Zärtlichkeiten entbehrt, sie habe vor ihrer Mutter Angst empfunden (39), sich von ihr nicht geliebt (281) und sich von ihr gedemütigt gefühlt (284).

Leib - Auseinandersetzen:

Die Patientin drückte als Kind Ärger nicht aus, weil es nicht geduldet wurde, sie ließ, wie sie sagt, alles widerspruchslos über sich ergehen (34). Sie lernte, ihre Aggressionen allenfalls in kompetetiven Haltungen - Leisten, Mithalten - zu leben. Eifersucht und Rivalisieren wurde nicht erlebt und geäußert (35). Aggressives Durchsetzen und Haßgefühle werden von der Patientin streng zensiert, auch für die Kindheit (142 - 147: "Kommt für mich nicht in Frage"). Heute besteht eine heftige Auflehnung gegen die Mutter (94). Über sexuelle Kindheitserfahrungen fehlen Angaben.

Leib - Binden/Lösen:

Es ist nicht zu erfahren, ob die Patientin darunter litt, als sie mit 18 Jahren von zuhause fortging (221). Heute käme eine Trennung von der Familie für sie nicht in Frage.

Leib - Bewältigen:

Es ist nicht erkennbar, wie die Patientin Krankheiten, Ängste, Verstimmungen, Störungen im erotischen Bereich verarbeitet hat, auch nicht, wie sie mit den Reaktionen der Umwelt zurechtkam. Sie spricht von Rückzug und Abwarten.

6.2.4 Leistung - Erkunden bis Bewältigen

Die Kommunikationsmodi innerhalb der Struktur Leistung stehen in enger Wechselwirkung mit der Orientierung eines Menschen. Ein planvoll-willensbetontes Leisten setzt im allgemeinen ein Ziel voraus, auf das hin gearbeitet wird. Ebenso beinhaltet Leistung in dem hier gemeinten Sinne eine Identifikation mit dem Erstellten und über die Selbstdarstellung in der Leistung ein Gewinnen räumlicher Strukturierung - Einordnung, evtl. Orientierung. Im Ablauf dieses Prozesses kann Zeitlichkeit, Verantwortung erfahrbar werden. Leistung ohne bestimmte körperliche Voraussetzungen ist erschwert, wenn nicht unmöglich.
Diese Dinge werden hier noch einmal erwähnt, weil der Zusammenhang der Strukturen bei der Patientin H. in einer besonderen Weise deutlich wird: Leistung, Tätig-Sein nimmt in ihrer Orientierung eine erstrangige Position ein, aber ein Ziel, ein "um-willen" ist heute nicht mehr erkennbar, Leisten ist nur mehr ein Eigenwert geworden. Nicht so in der Kindheit, wo Leistung zwar nicht eigens belohnt wurde, aber ein Weg war, dem väterlichen Vorbild nachzustreben, nicht so in der Adoleszenz, wo Leistung eine Möglichkeit bot, von dem wenig harmonischen Elternhaus loszukommen, auch nicht in der Zeit der Ehe, als der gemeinsame Aufbau eines Betriebes ein lohnendes Ziel darstellte. Heute fehlt der Patientin eine Aufgabe, auf die hin sich Leistung lohnte, dennoch hält sie unvermindert an ihrem Leistungsstandard fest. Sie sieht den Wert eines Menschen im großen und ganzen bestimmt durch seine Leistung. Die Möglichkeit auch nur zu erwägen, ihren Lebensunterhalt nicht verdienen zu müssen, lehnt sie fast entrüstet ("kommt nicht in Frage") ab. Dabei bleibt unklar,

auf welche Zeit sie sich bezieht, denn sie übt keinen Beruf mehr aus, erwähnt aber auch nicht ausdrücklich ihre Hausfrauentätigkeit. Daß sie heute eigentlich gar kein Feld mehr hat für ihr großes Leistungsbedürfnis, kommt in ihren Antworten gar nicht zum Ausdruck. Vielleicht hängt sie so sehr an ihrem Beruf, daß ihr ein klares Erkennen der Zeitlichkeit in diesem Bereich schmerzhaft wäre - außerdem besteht ja ein enger Zusammenhang mit dem ebenfalls schmerzlich erlebten Tod ihres Mannes, mit dem gemeinsam sie einen Betrieb führte. Der Konflikt - Bestimmtheit des Selbstbildes durch die Leistung bei gleichzeitigen Fehlen eines Leistungsfeldes in der derzeitigen Lebensphase der Patientin, Nachlassen auch der körperlichen Leistungsfähigkeit - stellt sich deutlich dar, wird aber von der Patientin nicht artikuliert. Die Patientin antwortet, als habe es im Leistungsbereich keine Veränderungen gegeben, merkwürdig zeitlos. Sie hat ein ausgeprägtes Bewußtsein für Verantwortung, kann sich aber in dieser Struktur heute nicht mehr als verantwortlich erfahren.
Jetzt folgen wieder Fragen und Antwortbeispiele für die einzelnen Modi innerhalb der Struktur Leistung.

Leistung - Erkunden - Gegenwart:

Bei diesem Modus geht es um die allgemeine Einstellung zu Arbeit und Leistung.

F. 190: Wie stehen Sie zu Ihrem Beruf oder Ihrer Tätigkeit?

Antw.: "Positiv"

F. 193: Ist für Sie Beruf und Lebenszweck ein und dasselbe?

Antw.: "Ja"

F. 214: Halten Sie sich für gewissenhaft und gründlich in Ihrer Arbeit?

Antw.: "Ja"

Dies waren Antworten der Patientin H. Genau und gewissenhaft nannten sich auch alle übrigen Befragten. Die Einstellung zum

Beruf war bei allen positiv, ein Patient wies darauf hin, daß er pensioniert sei. Den Standpunkt, daß Beruf und Lebenszweck ein und dasselbe sei, teilte dagegen nur eine weitere Patientin, die von ihrer Hausfrauentätigkeit mit Stolz sprach.

Leistung - Entdecken - Gegenwart:

Dem Entdecken ist es zuzuordnen, wenn die eigene Leistung mit der anderer verglichen wird, wenn neue Möglichkeiten des Tätigseins oder auch Aufgaben entgegengesetzten Charakters gesehen werden.

F. 218: Könnten Sie alles über Bord werfen, wenn Sie beruflich eine neue Chance haben? Ortswechsel? Trennung von der Familie?

Antw.: "Ja, aber Trennung von der Familie nicht."

F. 240: Welche Hobbies betreiben Sie?

Antw.: "Stricken und Rätsel lösen."

Diese Antworten wären allerdings eher dem Erkunden zuzuordnen, aus dem Gesagten geht nicht hervor, daß die Patientin neue Tätigkeiten für sich entdeckt hätte, aber die Frage zielt auf den Modus Entdecken. Eine weitere Frage zu Entdecken läßt die Patientin unbeantwortet:

F. 201: Sind Sie in Ihrem Beruf erfinderisch?

Hier antworten zwei andere Patienten bedingt positiv: "Habe mir schon zu helfen gewußt, wenn Ersatzteile nicht da waren, daß man andere Möglichkeiten gemacht hat". "Man konnte manches leichter machen."
Von der Patientin H. wird ein Vergleich ihrer Leistung mit der anderer Menschen nicht angestellt, jedenfalls nicht direkt, sie spricht jedoch mehrfach davon, daß sie sich minderwertig fühle, und der Wert eines Menschen wird nach ihrer Ansicht überwiegend durch seine Leistung bestimmt. Neue Möglichkeiten des Tätigseins erwähnt sie nicht. Ob sie von den Leistungen der Vergangenheit "zehrt", bleibt unklar, ebenso,

ob sie jetzt ratgebend oder anteilnehmend an geschäftlichen oder familiären Dingen teilhat.

Leistung - Erschließen - Gegenwart:

Der Modus des Erschließens steht der Patientin im Bereich der Leistung wie auch in den anderen Strukturen wenig zur Verfügung. Es ist lediglich zu erfahren, daß sie sich nicht für ehrgeizig hält, jedoch ihren eigenen Wert und den anderer vorwiegend nach der Arbeitsleistung bemißt. Dies alles vermerkt sie ohne Zusammenhänge und Begründungen, so daß ihr Zugang auch hier weniger erschließend als erkundend sich darstellt.
Es folgen typische Fragen.

F. 251: Beurteilen Sie Arbeitskollegen vorwiegend nach deren Arbeitsleistung?

F. 252: Bestimmt für Sie die Leistung den Wert eines Menschen?
Auch bei Ihrem Partner?

Die Angaben zu diesen Fragen fallen bei allen Patienten sehr lapidar aus, ein Beispiel für einen erschließenden Antwortmodus fehlt. Es ist nur von einem Patienten zu erfahren, welcher Wert bei ihm in erster Linie zählt, wenn er einen anderen Menschen beurteilt: ihm kommt es auf Kammeradschaft an. Die übrigen Patienten äußern sich zu dieser Frage nicht näher.

Leistung - Auseinandersetzen - Gegenwart:

Der Modus des Auseinandersetzens im Leistungsbereich umfaßt beispielsweise Konflikte im Arbeitsbereich, rivalisierende Haltungen, Umgang mit Hindernissen oder möglichem Scheitern. Die folgenden Fragen sprechen diesen Bereich an.

F. 205: Wenn Sie in der Arbeit Ihr Ziel nicht erreichen, versuchen Sie es von neuem oder geben Sie eher auf?

F. 219: Welche Konflikte gibt es in Ihrem beruflichen Bereich? (Z.B. in der Art der Arbeit, mit Arbeits-

kollegen, mit Untergebenen, Vorgesetzten)?

F. 220: Gibt es bei Ihnen Konflikte einerseits zwischen Aufgaben, Pflichten, Verantwortung, andererseits zwischen Bedürfnissen, Wünschen, Neigungen? Welcher Art?

Alle drei Fragen wurden von Frau H. nicht beantwortet, wahrscheinlich, weil sie heute nicht mehr berufstätig ist und ihre Hausfrauenarbeit nicht als gleichwertige Leistung zu empfinden scheint. Abgesehen davon, daß drei Patienten angeben, sie würden bei einem Mißerfolg einen neuen Versuch wagen, findet sich für diesen Bereich keine Antwort, die dem Modus des Auseinandersetzens zugehörig wäre (Gegenwart). Zu Frage 219: eine Patientin bemängelt ihre Unsicherheit bei einer bestimmten Tätigkeit, ein anderer Patient spricht davon, daß er bis jetzt beruflich überfordert gewesen sei, aber beide beschränken sich darauf, zu konstatieren, ein irgendwie gearteter aktiver Umgang mit dem Konflikt wird nicht deutlich.

Leistung - Binden/Lösen - Gegenwart:

Ein bindender/lösender Kommunikationsmodus innerhalb der Struktur Leistung liegt dann vor, wenn ein Mensch sich über längere Zeit einem besonderen Leistungsmaßstab verpflichtet fühlt, wenn eine Bindung an einen Arbeitsplatz oder eine bestimmte Tätigkeit erkennbar ist, oder umgekehrt, wenn in diesen Punkten eine auffallend geringe Konstanz zu verzeichnen ist. Aufschluß geben sollen z.B. folgende Fragen:

F. 194: Hängen Sie an Ihrem Beruf?

F. 250: Legen Sie an sich und Ihre Umwelt in bezug auf Leistung strenge Maßstäbe an?

In den Antworten ist wieder zu differenzieren zwischen einem Binden, das definitionsgemäß das Erkennen anderer Möglichkeiten, deren Durchdenken und eine Auseinandersetzung mit ihnen zur Voraussetzung hat, und einem nicht weiter hinterfragten, dem betreffenden Menschen gleichsam naturgegeben

erscheinenden Gebundensein. Antworten der ersten Kategorie wären mit Binden/Lösen zu signieren, solche der zweiten überwiegend mit Erkunden. Die Patientin H. bejaht beide oben genannten Fragen. Nach ihren sonstigen Angaben ist es sehr unwahrscheinlich, daß sie irgendwann einen anderen Standpunkt in Erwägung gezogen hat. Ihre Antworten mußten - wie auch die aller anderen Patienten zu Frage 194 und 250 - mit Erkunden signiert werden (einmal Entdecken). Interessant ist, daß nur zwei weitere Patienten von strengen Leistungsmaßstäben bei sich sprechen, daß aber auch diejenigen, die sich nicht so leistungsorientiert empfinden, hinsichtlich Pflicht, Verantwortung, Genauigkeit strenge Standards haben, an die sie sich gebunden fühlen, ohne daß ihnen dieses auffallen würde - eine andere Haltung erschien ihnen offenbar nie als möglich.

Leistung - Bewältigen - Gegenwart:

Was mit diesem Modus innerhalb der Struktur Leistung gemeint ist, geht unmittelbar aus den Fragen hervor, die aufgeführten Antworten stammen von der Patientin H.

F. 204: Wie werden Sie damit fertig, wenn Ihnen Ihre Aufgaben über den Kopf wachsen?

Antw.: "Man muß den Stier bei den Hörnern packen."

F. 206: Wie werden Sie mit beruflichem Scheitern und Versagen fertig?

Antw.: "Kam kaum in Frage."

F. 208: Welche Bedeutung messen Sie Ihren Erfolgen bei?

Keine Antwort.

Die Patientin spricht sich für ein aktiv-handelndes Bewältigen aus. Mit Hilfe ihrer Strategie, schwierige Aufgaben immer als erstes anzupacken, hat sie ein Scheitern im Leistungsbereich wohl vermeiden können, ihre Orientierung läßt Fehlschläge auch nicht zu - "kam kaum in Frage". Eine andere Patientin schreibt zu Frage 204, sie stelle sich auf ein

langsameres Arbeitstempo ein, wenn Aufgaben über den Kopf zu wachsen drohten, und fand damit ebenfalls einen Weg des Bewältigens. Andere Antworten lassen mehr Schwierigkeiten erkennen: "Es ist mir zum ersten Mal passiert, und ich wollte es nicht wahrnehmen (in der Erkrankung)."
"Ich werde nervös."
"Gar nicht."
"Dann bin ich aufgeregt, dann kann es sein, daß ich auch laut werde."
Diese Antworten wurden sämtlich nicht mit Leistung - Bewältigen signiert, sind aber von Interesse, weil die angesprochene Situation ein so kritischer Punkt im Vorfeld depressiver Erkrankungen sein kann - eine Patientin bezieht sich auch ausdrücklich auf die Situation vor Ausbruch der Erkrankung.

Leistung - Erkunden - Vergangenheit:

Über die Verhältnisse in der frühen Kindheit - Lernversuche im Gehen und Sprechen, Reinlichkeitserziehung - weiß die Patientin nichts (227). Leistung war wichtig und selbstverständlich (231). Die Patientin war eine gute, fleißige Schülerin (196, 233), hatte aktive Interessen, u.a. für Musik (232, 234, 239). Später gewann sie ein erfülltes Verhältnis zum Beruf (192, 194). Zur Tätigkeit ihrer Eltern hatte sie ein ungebrochenes Verhältnis (198).

Leistung - Entdecken - Vergangenheit:

Vergleiche mit anderen tauchen nur als "Mithalten-Müssen" auf, Rivalität im engeren Sinne hat die Patientin nicht entdeckt (17, 226, 228, 229). Ihre Schulleistungen wurden zuhause nicht beachtet (231). Die Patientin wäre wohl gern auf eine weiterführende Schule gegangen, sie weist nur darauf hin, daß die finanziellen Mittel der Eltern dafür nicht reichten.

Leistung - Erschließen - Vergangenheit:

In diesem Modus kommuniziert die Patientin - wie auch in

der Gegenwart - kaum.

Leistung - Auseinandersetzen - Vergangenheit:

Die Patientin stellt sich hier als überwiegend aktiv-handelnd dar. Leistungsschwierigkeiten kannte sie nicht.

Leistung - Binden/Lösen - Vergangenheit:

Auch für die Vergangenheit ist die Bindung der Patientin an Pflichtbewußtsein und Leistung ganz zentral.

Leistung - Bewältigen - Vergangenheit:

Die Patientin hat kein Versagen im Leistungsbereich erlebt. Ein gewisser Stolz auf ihre Leistung ist erkennbar (234).

6.3 Weitere Schritte der Auswertung und Ergebnisse

Nachdem die Antworten signiert und inhaltlich in der oben beschriebenen Weise - den einzelnen Strukturen und Modi folgend - geordnet worden sind, schließt sich eine Zusammenfassung an.

Jeweils für Vergangenheit und Gegenwart ist festzustellen, in welchen Strukturen und Modi sich Kommunikationsstörungen abbilden.
Im Hinblick auf die Strukturen, über die die Patientin sich darstellt: gibt es einerseits Einschränkungen, evtl. Dekompensationen, andererseits kompensatorische Erweiterungen?
Im Hinblick auf die Modi: welche herrschen vor, u.U. so, daß sie die Kommunikationsweise gänzlich bestimmen, welche treten zurück, sind kaum entwickelt? Schließlich sollten, wenn faßbar, die Konflikte beschrieben werden, die sich innerhalb der einzelnen Strukturen und zwischen ihnen ergeben.

Gegenwart:

In allen Strukturen sind Einschränkungen deutlich.

Raum:

Der Lebensraum der Patientin hat sich verengt und ist unwirtlich geworden. Sie fühlt sich nach dem Tod ihres Mannes einsam, sieht die Söhne weniger, als ihr lieb ist, dabei hat

sie ein großes Bedürfnis, Menschen, denen sie nahesteht, immer um sich zu haben. Mit ihren Geschwistern ist sie zerstritten, sie sagt aber, daß sie bei Streitigkeiten immer zu schlichten versuche. Sie äußert ihre Standpunkte recht entschieden, schätzt sich aber vorsichtig und ängstlich ein. In der Phantasie erlaubt sie sich Auseinandersetzungen, im übrigen ist sie resignierter als man nach manchen ihrer Äußerungen erwarten würde. Sie leidet unter Lärmbelästigung, hat auch versucht, sich dagegen zur Wehr zu setzen, aber schließlich resigniert. Diesen Einschränkungen stehen kaum Erweiterungen (sowohl innerhalb der Struktur Raum als auch in den anderen Strukturen) gegenüber: sie zeigt ein aktives Interesse an ihrem weiteren Lebensraum (Zeitung, Politik, gelegentlich Reisen). Ihre Orientierung ist weiterhin die einer tüchtigen, tätigen Handwerkersfrau, aber weder ihr äußerer Lebensraum noch ihre derzeitigen Aufgaben harmonisieren mit diesem Bild. Ihrer Orientierung fehlt damit die Basis, es gibt keine Realisationsmöglichkeiten mehr für einen solchen Entwurf. Diesen Konflikt erfaßt die Patientin nicht, sie setzt sich damit nicht auseinander, so ist auch keine Hinwendung zu Neuem möglich. Die Patientin, die sich von Konflikthaftem und von Veränderungen überhaupt abwendet (Raum vs. Zeit), bindet sich an einen sich verengenden, uneinheitlichen (Lebensraum vs. Orientierungsraum) Raum. Sie kann lediglich die äußere Ordnung weiterhin aufrechterhalten; das tut sie nicht exzessiv, wohl nicht mehr, als sie es zeitlebens gewohnt war. Die Bedrohung des Raumes wird in dem andrängenden, den Raum erfüllenden, "homogenisierenden" (STRAUS) Lärm besonders deutlich, gegen den sie sich nicht wehren kann. Die Modi, in denen die Patientin hauptsächlich kommuniziert, sind das Erkunden, auch dieses heute eingeschränkt, das Entdecken, wobei sie immer wieder versucht, die Beunruhigung, die von Veränderungen ausgeht, nicht Raum greifen zu lassen - sie möchte verdrängen. Der erschließende Kommunikationsmodus ist der Patientin offenbar fremder, sie ist in ihrem Wesen eher auf aktives Handeln als auf Erschließen ausgerichtet.

Ansätze zu Auseinandersetzen sind erkennbar, wobei die Patientin aber dadurch behindert ist, daß sie sich aggressive Äußerungen, die mit ihrer Orientierung im Widerstreit stehen, kaum zugesteht. Schließlich ist ein Gebunden-Sein an den Lebensraum, an feste Annahmen und Prinzipien deutlich, das der Patientin Halt gibt, aber andererseits verhindert, daß sie sich auf Veränderungen einstellen kann.

Zeit:

Die Zeit scheint seit dem Tod des Ehemannes stehengeblieben zu sein. Die Patientin empfindet die Zeit nur mehr als negativ, bedrohend. Sie hat Angst vor Krankheit und Tod seither. Sie empfindet weiterhin Verantwortung - überwiegend im moralischen Sinne - hat aber faktisch keine Verantwortung mehr zu tragen. Die Zeit bringt ebenso ein Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit mit sich. Es werden Selbstvorwürfe erwähnt, die aber keinen genau umrissenen Inhalt haben. Der Bewältigungsversuch der Patientin ist, gegen die aus den Veränderungen entstehende Beunruhigung anzugehen. Sie findet Trost in der Religion und in dem Bewußtsein, daß es anderen Frauen ebenso ergeht wie ihr.

Leib:

Die Patientin hat zeitlebens dem Leibhaft-Emotionalen wenig Raum gegeben. Der reglementierende und disziplinierende Umgang mit dem Körper überwiegt. Die Patientin hat Angst vor Erkrankungen. Mehrfach wird ein allgemeines Gefühl der Minderwertigkeit angesprochen, die Patientin sagt aber nicht, nach welchem Maßstab sie sich minderwertig fühlt. Ihr Bewältigungsversuch ist es wieder, Beunruhigendes nicht weiter zu beachten, dagegen anzugehen.

Leistung:

Der Patientin fehlt heute weitgehend die Möglichkeit der Selbstdarstellung in der Leistung, die für ihr Erleben des eigenen Wertes so bedeutsam ist. Sie hat keine speziellen außerberuflichen Interessen und damit heute kein Aufgaben-

feld. Ein Bewältigungsversuch ist nicht zu erkennen, die Patientin lebt vom Rückgriff auf die Vergangenheit, ohne sich an dem bisher Geleisteten recht eigentlich freuen und darauf stolz sein zu können, evtl. auch in teilnehmender Identifikation mit den Söhnen.

Vergangenheit:

Der Lebensraum der Kindheit war für die Patientin trotz einheitlicher, strenger Ordnung ebenfalls inhomogen. Wenngleich die Eltern ähnliche Grundsätze vertraten, gab es zahlreiche Auseinandersetzungen und Konflikte zwischen ihnen sowie zwischen den Geschwistern und den Eltern. Eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit der Patientin ist vor allem hinsichtlich der Struktur Leib zu erkennen: Stimmungen, Affekte, aggressive Behauptung, Erotik und Sexualität konnten nur wenig erfahren werden. Die Patientin war ängstlich, empfand sich oft minderwertig, ihrer Ausgelassenheit, die sie deutlich erinnert, wurden durch eine strikte Erziehung oft Grenzen gesetzt (Leib vs. Raum). Dennoch scheint die Patientin ein vitales und neugieriges Kind gewesen zu sein. Obwohl sie im Elternhaus die Erfahrung gemacht hatte, daß ihr wenig Selbstbehauptung zugestanden wurde, entwickelte sie Zukunftsperspektiven, fühlte sich für sich selbst verantwortlich und handelte ihren Vorhaben entsprechend (Zeit). Der Modus des Entdeckens scheint in der Vergangenheit in allen Strukturen ausgeprägter gewesen zu sein als heute. Der Ehemann der Patientin kommunizierte mehr als sie selbst in den Modi Entdecken und Auseinandersetzen, so daß während der Ehe eine Kompensation auch durch die Ergänzung möglich war. Bei der Patientin selbst ist eine Kompensation vor allem durch die Strukturen Leistung und Raum-Ordnung deutlich. Zu einer ersten Dekompensation kam es nach einem durch berufliche Veränderungen erzwungenen Wohnungswechsel, also nach einem Zusammenbruch der vertrauten räumlichen Ordnung. Gegen derartige Veränderungen scheint die Patientin schon in der Vergangenheit besonders empfindlich gewesen zu sein.

Zusammenhang:

Die in der Vergangenheit gelungene Kompensation im Leistungsbereich ist heute nicht mehr möglich, da der entsprechende Rahmen (Lebensraum, Ordnungs- und Orientierungsraum) fehlt. Die Patientin bleibt gebunden an den Raum der Vergangenheit. Das leibhaft-emotionale Erleben ist mehr noch als früher eingeschränkt, neue Kompensationsmöglichkeiten stehen nicht zur Verfügung. Personale Bindungen geben keinen Halt mehr. Der Entwicklung veränderter oder neuer Beziehungen stehen reale Schwierigkeiten (die Kontaktmöglichkeiten in ihrem Lebensalter sind begrenzt), aber auch die mangelnde Möglichkeit der Patientin, sich zu erschließen, im Wege. Eine sich entwickelnde, erlebte Zeit wird nur mehr negativ erfahren, in der Angst vor Krankheit und Tod. Die Patientin erlebt in ihr schwer faßbarer, diffuser Qualität Scheitern, Erstarrung und Monotonie. Sie versucht einerseits, Verstimmungen (Anzeichen leiblicher Dekompensation) nicht aufkommen zu lassen, mit Disziplin und Willensstärke (Raum, Leistung) dagegen anzugehen, andererseits, sich damit auseinanderzusetzen. Ihre Versuche, ihre Lage zu reflektieren, scheitern ("kommt nichts dabei heraus"). Zeitweiligen Trost findet sie in der Religion.

Für die unter 6.3 genannten Arbeitsschritte werden im Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg Auswertungsbögen verwandt, die im Anhang wiedergegeben sind.

7. ERGEBNISSE DER ANDEREN FRAGEBÖGEN

Im folgenden werden die ersten Auswertungsschritte nicht mehr angegeben, sondern lediglich die Zusammenfassungen. Die Angaben zu den einzelnen Strukturen sind nach der Reihenfolge der Modi von Erkunden bis zum Bewältigen geordnet, sofern die Antworten der Patienten verschiedene Modi erkennen lassen.

7.1 Patient R. G.

Zunächst eine kurze Darstellung der Psychopathologie, der Anamnese und des Krankheitsverlaufes:
Der 72 jährige Patient, ein Bahnbeamter im Ruhestand, erkrankte knapp 10 Jahre nach seiner Pensionierung. Er gab bei der Aufnahme an, daß er sich erheblich geängstigt fühle, weil Verfolger von allen Seiten auf ihn lauerten, Diebe etwa, die sich seine Wertsachen aneignen wollten. Auch die Polizei werde ihn bald ergreifen, denn er habe sich wegen mangelnder Versorgung seines Gartens strafbar gemacht. Er werde zweifelsfrei seine Familie ins Unglück stürzen, er sei verloren. Eine Behandlung sei deshalb auch sinnlos und nur dazu geeignet, die Krankenkasse zu schädigen. Daneben berichtete der Patient von den klassischen vegetativen Symptomen einer schweren phasischen Depression, einer Carcinomophobie und einem Grübelzwang. Seine Stimmung war sehr gedrückt, er sah gequält aus. Seine motorische Gehemmtheit wurde kurzzeitig von agitierten Zuständen unterbrochen.
Ein Bruder des Patienten habe sich mit 70 Jahren suizidiert, eine Schwester sei 10 Jahre zuvor während einer depressiven Phase verstorben.
Der Patient wurde im Alter von vier Jahren drei Wochen stationär behandelt wegen einer Diphtherie. 1947 Herniotomie, seit den Kriegsjahren bestünde eine chronische Bronchitis. Sieben Monate vor der Aufnahme wurde eine Cholezystektomie durchgeführt. Seit 20 Jahren bestünden Schlafstörungen.
Nach den Angaben des Patienten wie der Angehörigen habe er

sich nach der Cholezystektomie nie recht erholt, sein Allgemeinbefinden habe sich allmählich verschlechtert. Die Tochter sagte, sie sei fest überzeugt, zu der Krankheit des Vaters dadurch beigetragen zu haben, daß sie ihm vor zwei Monaten vorgeworfen habe, wenn sie ihren Traumberuf hätte erlernen können, dann wäre alles für sie viel leichter gewesen. Sie glaube, daß er ihren Vorwurf sehr schwer genommen habe. Auch sagte sie, ihr Vater sei schon immer ein sparsamer und ordentlicher Mensch gewesen, vor fünf Monaten habe er ihr und ihrem Mann eine stattliche Summe für den Erwerb einer Eigentumswohnung geliehen. Nun sei er überzeugt, daß dieses Geld verloren sei und daß sie ihren Aufgaben nicht gewachsen sei. Diese Befürchtungen seien nicht berechtigt, sie könne ihr Leben gut bewältigen.
Der Patient wuchs in einer Großstadt auf. Sein Vater war selbständiger Handwerksmeister. Er sei unbeherrscht gewesen, habe übermäßig dem Alkohol zugesprochen. Die Mutter wird als beständig überlastet geschildert. Die sechs Geschwister, von denen der Patient der Jüngste war (drei Buben, drei Mädchen) seien viel sich selbst überlassen gewesen. Die frühkindliche und schulische Entwicklung des Patienten verlief, soweit er erinnert, unproblematisch. Nach Volksschulabschluß sei es zu Unstimmigkeiten mit dem Vater gekommen, der erzwungen habe, daß der Patient seinen Beruf erlernte, obwohl der Sohn dazu wenig Neigung zeigte. Nach bestandener Gesellenprüfung gab der Patient die von ihm ungeliebte Tätigkeit auf und ging nach einigen Zwischenstationen zur Feuerwehr. Er wurde Soldat und kam nach Kriegsende ein Jahr in Gefangenschaft. 1948 heiratete er eine Kriegerwitwe. In der Ehe ist er zufrieden, das Einvernehmen mit der Frau sei gut. 1948 wurde eine Tochter geboren, die heute zum zweiten Mal verheiratet ist, mit der aber weiterhin ein enger und guter Kontakt bestünde. Während der letzten 10 Jahre seiner Berufstätigkeit arbeitete der Patient bei der Bahn. Daran habe er Freude gehabt, auch mit den Kollegen habe er sich immer gut verstanden.

Primärpersönlich beschreibt sich der Patient als pflichtbewußt und ordentlich. Die Angehörigen nennen ihn außerordentlich gutmütig, gelegentlich jähzornig.
Es wurde die Diagnose einer hypochondrischen, paranoid unterlegten Depression gestellt.
Der Patient wurde sieben Wochen stationär behandelt. Am zweiten Tage unternahm er auf der Station einen Suizidversuch. Während der ersten Wochen überwogen agitierte Zustände und paranoide Gedanken, später traten hypochondrische Befürchtungen wegen körperlicher Mißempfindungen in den Vordergrund.

Kommunikationsstrukturen und Modi in der GEGENWART:

RAUM:

Der Patient lebt in einem eng begrenzten, wohlgeordneten Raum, seine Lebensführung ist genau geregelt und ganz auf die Gesundheit abgestellt. Gegensätzliches, Entdeckungen, Überraschungen haben zu dieser Welt kaum Zugang.
Der Patient hält sich für vorsichtig. Trotz überwiegend handelnd-pragmatischer Orientierung ist er zum Erschließen in der Lage, vor allem "problemzentriert"; bei Verlusten und Enttäuschungen pflegt er sich auszusprechen mit den wenigen Menschen, mit denen er in enger Beziehung steht.
Bei Streitigkeiten in der Umgebung hält er sich am liebsten zurück. Dadurch, daß er wenig eigene Ziele formuliert, betreffen Konflikte weniger ihn selbst. In solch einem Falle ist er aber in der Lage, sich zu wehren, durch "Richtigstellen".
Überraschend ist es bei diesem prinzipientreuen Mann, daß er mit Ordnungen, die er ablehnt, gut zurechtkommt. Der Patient zeigt eine ausgeprägte Bindung an Gewohnheiten, Normen, Ordnungen im weitesten Sinne. Feste Gesichtspunkte, "Charakterfestigkeit", stellen in seinen Augen hohe Werte dar. "Das gehört sich", "das tut man", also weniger durchdachte als selbstverständlich angenommene Ordnungen bestimmen das Leben dieses Patienten. Er hat sichere religiöse Überzeugungen - Glaube an Gott, ein Leben nach dem Tode und eine aus-

gleichende Gerechtigkeit. Die Religion gibt ihm Trost. Intraräumliche Gegensätze und Konflikte werden nicht dargestellt.

ZEIT:

Der Patient erwartet sich von der Zukunft Gesundheit und Frieden. Er hat die Aufgaben, die er für sich im Leben sieht, erfüllt und freut sich jetzt an beschaulichen Tätigkeiten ("sich nützlich machen").
Er nimmt zeitliche Veränderungen nur wenig wahr. Gefühle, Stimmungen, die körperliche Verfassung sei veränderlich. Er selbst habe sich eigentlich nicht gewandelt.
Der Patient empfindet Verantwortung für Familienangehörige, aber auch für seine Gesundheit. Er vertraut seiner Familie.

Gegenüber dem Vater klingen bis heute Ressentiments an. Der Patient glaubt, es in seinem Leben schwerer gehabt zu haben als andere. Als Gründe nennt er vor allem äußere Belastungen.

Er fühlt sich gebunden an alte Ordnungen, an Familie und Freunde.
In der Depression kam es zu Schuldgefühlen und Grübelzwängen, die der Patient aber nicht erwähnt.
Das Bewältigen in der Zeit ist für Herrn G. schwierig, weil Zeit für ihn Aufforderung zu Handlung, Verantwortung, Leistung ist, er aber ein typisches Rentnerleben führt, in dem diese Dinge nicht mehr sehr bedeutsam sind. Andererseits hat er im Einklang mit dem von ihm empfundenen Lebenssinn gelebt und weiß die Zeit durch göttlichen Plan geordnet. Verantwortung und Schuld erlebte er in der Krankheit verzerrt, auf Dinge bezogen, deren Bedeutung und Gefährlichkeit er ins Riesenhafte vergrößerte. Darauf geht er in seinen Antworten nicht ein, er erwähnt aber, daß er in der Depression an Suizid dachte, entgegen seinen tiefsten Überzeugungen.

LEIB:

Der Patient geht in sportlich-diszipliniertер Weise mit seinem Leib um, heute, wie auch schon gelegentlich früher, durch

pflichtgemäße Schonung ergänzt. Affektive Regungen sind die Ausnahme. Seine Einstellung zur Sexualität wird in der Antwort deutlich, wo er meint, daß Geschlechtsverkehr für ihn das "schönste Übel" sei. Erotik und Sexualität ist ihm wichtig, er ist von angenehmen ersten Erfahrungen geprägt, mag Abwechslung, meint aber, als Ehemann "keinen Zauber" mehr machen zu dürfen oder zu sollen.
Der Patient kennt wechselnde Stimmungen und Bedürfnisse "in Maßen", hinsichtlich seiner Leiblichkeit ist er - in distanzierter Weise - selbstbewußt. Er ist stets um Ausgeglichenheit bemüht, eher kontrolliert. Über das Ausmaß von Ängsten und Depressionen bei ihm läßt sich wenig sagen, weil "Damit-Fertig-Werden" im Sinne von Steuern, Im-Griff-Haben dem Patienten so wichtig ist, daß er sich in diesen Zuständen nicht erschließt. Affektive Auseinandersetzungen meidet der Patient ganz ausgesprochen, bestimmt wahrscheinlich von der Angst vor Triebdurchbrüchen (Leib vs. Raum) und von der Furcht, daraus sich ergebenden Konflikten nicht gewachsen zu sein. Der Patient ist bindungsfähig.

LEISTUNG:

Leistung ist für diesen Patienten sehr wichtig. Er beurteilt sein Leben nach dem durch Leistung Erreichten, sie bestimmt für ihn den Wert eines Menschen. Beruflich hat er seine "Leistungskurve erreicht", ist pensioniert. Er blickt auf ein erfülltes Verhältnis zum Beruf zurück. Heute hat er nur noch wenig Möglichkeiten zur Selbstdarstellung in der Leistung, in seinem Garten. Er sagt, er habe sein "Idealbild so ziemlich erreicht", die Auseinandersetzung mit dem Bereich Leistung wird jetzt als mehr oder weniger abgeschlossen betrachtet. Andererseits: er wolle sich noch nützlich machen.

Innerhalb dieser vier Strukturen ist für die Gegenwart an Konflikten zu erkennen: der Patient definiert sich wesentlich über Leistung und Verantwortung, hat heute aber für beides keinen rechten Aufgabenkreis mehr. Kompensationsversuche gibt es durch Hobbies, in der Krankheit durch verzerr-

tes und übersteigertes Verantwortungsempfinden. Seine Religiosität und die Gewißheit, mit seinen Normen in Übereinstimmung gehandelt zu haben, helfen dem Patienten, Veränderungen, die sich aus dem Ablauf der Zeit ergeben, zu bewältigen. Seine Begriffe von Ordentlichkeit behindern und reglementieren einerseits seine leibhaften Kommunikationsmöglichkeiten, erlauben ihm andererseits eine veränderte Hinwendung zu seinem Leib - Pflege, Diät, Schonung.
Dieses Leben ist in seiner festen Geordnetheit auffallend konfliktlos und widerspruchsfrei - um den Preis neuer Erfahrungen. Eine Erstarrung zeichnet sich ab. Der Modus des Erkundens und des Gebundenseins überwiegt bei weitem, das Erleben der übrigen Modi ist durch strenge Normen behindert. Aussprache in vertrauensvollen Beziehungen zu anderen Menschen und religiöse Bindungen stellen daneben die wichtigsten Bewältigungsmöglichkeiten für den Patienten dar.

VERGANGENHEIT:

RAUM:

Der Raum des Patienten in der Vergangenheit war einheitlich und ordentlich. Die kinderreiche Familie lebte in etwas beengten Verhältnissen. Der Patient weiß nicht, ob er sich jemals von den Wertvorstellungen seines Elternhauses gelöst hat.
Besondere Gegensätze nahm er dort nicht wahr, mit einer Ausnahme: die weiblichen Erziehungspersonen empfand er liebevoll, den Vater nicht. Er war sehr empfindlich gegenüber Abweisungen. An Vorbildern bewunderte er Mut und Intelligenz. Auch er selbst hält sich bis heute für furchtlos.
Der Patient scheint Konflikte auch in der Vergangenheit weitgehend vermieden zu haben. Bedürfnisse und Pflichten konnte er in Einklang bringen ("kam glatt durch").
Er bewältigte zunächst durch Identifizierung mit der zuhause geforderten Ordnung, später durch Gruppenidentifikation (hierarchisch gegliederte Gruppen mit "starken" Idealen, die als Autoritätssubstitute dienen mochten). Bei der Bewältigung

half weiter die Gewißheit der Zuneigung von Mutter, Großmutter und Freunden.

ZEIT:

Der Patient fand sich früh mit Verantwortung konfrontiert. Noch als Kind erlebte er, daß seine Schwester durch einen Unfall starb. Dieses Ereignis berührte ihn tief. Ihm fielen soziale Ungerechtigkeiten auf. Veränderungen in der Zeit nahm der Patient vor allem anhand äußerer Ereignisse wahr. Höhepunkte seines Lebens, an die er sich gern erinnert, - Schule, Lehrzeit (obwohl er diese Lehre ablehnte!), Eintritt in eine NS-Organisation, Einberufung, Eheschließung - sind bis auf das Letztgenannte Einschnitte von außen, die neben der Markierung von Entwicklungsstufen (Schule, Lehre) einen deutlichen Leistungsbezug aufweisen und/oder mit seiner Orientierung eng verknüpft sind. Offen bleibt, welche Bedeutung für ihn NS- und Soldatenzeit hatten - Gemeinschaftserleben, Verwirklichung von Größenträumen, Geborgenheit im hierarchischen Aufbau dieser Organisation wäre z.B. denkbar. Einen möglichen Konflikt mit seinem religiösen Empfinden spricht der Patient nicht an.

LEIB:

Der Patient war ein schmächtiges, gewandtes Kind, ausgelassen, sportlich, dazu von zuhause auch angehalten. Schon in der Kindheit machte er sich allerdings Sorgen um seine Gesundheit, erlebte Krankheiten, die er "mit Geduld" ertrug.

Er war neugierig. Erhielt Informationen über Sexualität von Freunden und Geschwistern - daß dies in "vornehmer" Weise geschah, erscheint dem Patienten wichtig zu sagen. Die Pubertätsveränderungen erlebte er ohne größere Krisen.
Er war schon früh verliebt und hat angenehme Erinnerungen an erste sexuelle Kontakte, die für ihn bis heute bestimmend sind. Er nennt sich eher zurückhaltend. Zärtlichkeiten gab es zuhause nur wenig. Er hatte Angst vor scharfen Hunden und Betrunkenen.
Im sportlich-ritualisierten Kampf hat er Auseinandersetzun-

gen ausgefochten, dort hat er seine Grenzen ausgelotet und sich entsprechend eingerichtet. Sonst vermied er Auseinandersetzungen. Er bezeichnet sich mehrfach als furchtlos, war allerdings auch entsprechenden Idealen verpflichtet. Bestimmend für diesen Patienten war ein sportlich-diszipliniererender Umgang mit dem Leib.

LEISTUNG:

Der Patient übernahm früh selbständige Aufgaben, z.T. auf eigenen Wunsch. Neben dem Sport war er ein fleißiger Schüler, was zuhause anerkannt wurde.
Vergleiche mit anderen stellte er wenig an. Er sei ehrgeizig gewesen, habe aber seine Grenzen gekannt. Leistungsschwankungen bemerkte er in Abhängigkeit von seiner körperlichen Verfassung. Obwohl er lieber auf eine weiterführende Schule gegangen wäre, fand er sich in seinem späteren Beruf auch zufrieden.
Konflikte zwischen Pflichten und Bedürfnissen oder auch deutliche Leistungsstörungen gab es nicht. Während er anfangs gegen seinen Willen den Beruf des Vaters ergreifen mußte, übte er später eine Tätigkeit aus, die seinen Neigungen mehr entgegen kam und an der er ganz ausgesprochen hing. Scheitern erlebte er selten, verarbeitete es dann realistisch.
Auch in der Vergangenheit überwiegen die Modi Erkunden, Entdecken und Gebunden-Sein. Erschließen war in der Sexualität möglich (begrenzt wiederum durch Normen), Auseinandersetzen vor allem im Sport, oder auch im Schutz von Gruppennormen. Zuhause erlebte der Patient einen klar gegliederten Raum, zu dem er niemals in ernstlichen Gegensatz geriet, später suchte er ähnlich überschaubare Lebensfelder. So blieb er geschützt vor Gefährdungen, die seine Orientierung ernstlich in Frage gestellt hätten. Wie sehr er in dieser Gebundenheit Sicherungsbedürfnissen folgte, ist ihm selbst nicht bewußt.

Zusammenhang:

Im Vergleich sind die Kommunikationsstrukturen und -modi, in denen der Patient sich darstellt, in der Gegenwart noch mehr

eingeengt als früher. Das Erkunden und Entdecken ist weiter zurückgetreten. Der sportlich-spielerische Wettbewerb, früher für den Patienten eine wesentliche Kommunikationsform, ist nur noch selten möglich, damit fehlt ein wichtiges Feld für den Modus Auseinandersetzen. Mit der Einschränkung von Entdecken und Auseinandersetzen entfallen Bedrohungen der Identität, andererseits sind damit aber auch Wege der Identitätsfindung versperrt. Beide Modi haben einen engen Bezug zur Zeitlichkeit. Der Patient erlebte die Zeit großenteils nicht als von seinen eigenen Veränderungen, seinem Werden strukturiert, sondern von außen gegliedert. In seinem heutigen Leben fehlt diese Art von Strukturiertheit. Vor allem die leistungsbezogenen Kommunikationsmodi sind eingeschränkt, weil der Patient nicht mehr berufstätig ist. Damit sind ihm nicht nur Wege der Selbstdarstellung verschlossen, die Zugehörigkeit zu einem großen Betrieb, die Sicherheit vermittelte (Ordnung-Orientierung) fehlt. Der Patient erlebt sich weniger wichtig und wertvoll, "nützlich", als früher. Pflichten und Aufgaben, die sein Leben weitgehend zu bestimmen pflegten, werden von außen nicht mehr an ihn herangetragen. Bei Persistieren der alten Wertvorstellungen kommt es nun zu einer Art Leerlauf. Der Wunsch, jedenfalls für das Kind noch nützlich zu sein, drückte sich in der Krankheit deutlich aus, als der Patient die Familie seiner Tochter in allen möglichen Gefahren wähnte, vor denen er sie meinte bewahren zu müssen. Auch bei Herrn G. ist eine Erstarrung, ein Rückzug auf die Faktoren des Räumlichen unübersehbar. Eine leibbezogene Verunsicherung (Cholezystektomie) hatte die manifeste Dekompensation zur Folge. Noch weniger als Frau H. realisiert er das Ausmaß seiner Abwendung.

7.2 Patient M. N.

Der 32 jährige Elektriker gab bei der Aufnahme an, seit mehreren Monaten unter Schlafstörungen, Gewichtsabnahme und Libidoverlust zu leiden. Die Symptomatik sei plötzlich aufgetreten. Er müsse beständig grübeln, litte unter einer regel-

rechten Existenzangst. Besonders morgens fühle er sich innerlich sehr unruhig und müsse oft weinen. Der Gedanke, sich das Leben zu nehmen, tauche immer wieder auf. Seine Konzentrationsstörungen ängstigten ihn, er könnte schriftliche Arbeiten nicht mehr erledigen. Schon immer habe er sich mit derartigen Aufgaben sehr plagen müssen, in letzter Zeit, nach Weggang eines alten Meisters, käme er gar nicht mehr zurecht. Da er seit einigen Monaten arbeitsunfähig sei, betrachte er sich als einen Faulenzer. Der Krankenhausaufenthalt sei sinnlos, man könne ihm doch nicht helfen.
Der Patient wirkte ratlos, bedrängt und agitiert. Seine Mimik war starr, die Stimme fast tonlos.
Am meisten zeigte der Patient sich darüber beunruhigt, daß er nicht mehr arbeiten könne. Er sei von jeher besonders gewissenhaft. Nach einem Chefwechsel während des letzten Jahres sei das Arbeitspensum erheblich angewachsen. Er fürchte beständig, in der Hetze etwas falsch zu machen. Unexakte Arbeit ginge ihm gegen den Strich. Seine berufliche Tätigkeit bedeute ihm sehr viel; auch zuhause müsse er immer etwas zum Schaffen haben.
Keine wesentlichen körperlichen Vorerkrankungen.
Der Patient wuchs in einem kleinen Dorf auf. Zeitweise betrieb die Familie eine Landwirtschaft. Der Patient ist Jüngster von drei Brüdern. Der älteste Bruder soll - wie auch der Vater früher - im Übermaß Alkohol trinken. Der Vater ist verstorben, die Mutter lebt im Haushalt des Patienten, der Kontakt zu den Geschwistern ist heute recht gut, früher sei jeder seine eigenen Wege gegangen wegen der großen Altersunterschiede.
Das Klima im Elternhaus sei freundlich gewesen. Die Mutter habe ihm vieles abgenommen. Der Patient erinnert, schon immer zurückgezogen gewesen zu sein. Vor der Schule habe er jahrelang große Angst gehabt, weil er immer habe befürchten müssen, geschlagen zu werden. Sein Hauptinteresse neben der Schule sei das Fußballspiel gewesen, das er regelmäßig be-

trieben und erst vor wenigen Jahren auf dringenden Wunsch der Ehefrau aufgegeben habe. Nach Volksschulabschluß erlernte er wunschgemäß den Beruf eines Elektrikers. Nach der Lehrzeit kam er zu der Firma, in der er heute noch beschäftigt ist.
Der Patient ist seit 10 Jahren verheiratet. Die Ehe wird als glücklich geschildert. Das Ehepaar hat zwei Kinder (Junge und Mädchen) und bewohnt ein von den Eltern ererbtes Haus.

Es wurde die Diagnose einer agitierten Depression gestellt. Der Patient blieb vier Wochen in stationärer Behandlung. Die Symptomatik besserte sich unter einer antidepressiven Therapie rasch. Er faßte dann den Entschluß, sich nach einer neuen Arbeitsstelle umzusehen. Allerdings empfand er gegenüber seiner Firma, der er schon mehrmals mündlich gekündigt hatte, Schuldgefühle. Bei einer neuen Arbeitsstelle kam es ihm darauf an, weniger unter Zeitdruck zu stehen und mehr soziale Sicherheit zu genießen, am liebsten würde er bei einer Behörde arbeiten.

GEGENWART:

RAUM:

Der Patient lebt in einer kleinen, engen, beschaulichen Welt, manchmal betriebsam, die in vielem den Charakter eines Schonraumes trägt. Er hat enge familiäre Bindungen, ist bemüht um ein gutes Verhältnis zu Nachbarn und Kollegen. Er ist sehr vorsichtig. Zuhause geht es ordentlich und gemütlich zu.

Obwohl er sich neugierig nennt, macht jede Art von Veränderung ihm Angst, etwa Unordnung, aber auch Reisen. Wenngleich er gern neue Leute kennenlernt, ist er darauf angewiesen, daß andere auf ihn zugehen. Vergleiche mit anderen stellt er grundsätzlich nicht an. Der Modus des Entdeckens ist eingeschränkt durch die Furcht vor möglichen Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben könnten, z.B. die besonders gefürchteten Auseinandersetzungen. Sein Fazit: lieber nicht hinsehen.

Innerhalb seiner abgegrenzten Lebenswelt erschließt der Patient sich, soweit er dabei nicht in gefährliche Nähe zu Auseinandersetzungen gerät. Viele seiner Antworten sind gefühlshaft getönt, mehr als bei den anderen hier befragten Patienten.
Er ist überzeugt, man könne mit seiner Umwelt ohne Streit auskommen, er "haßt Streit" geradezu. Bei Konflikten in seiner Umgebung, in die er sich oft hineinziehen läßt, schlichtet er. Betonten Ideologien gegenüber bezieht er keinen Standpunkt. Als Grundlage einer Freundschaft wünscht er sich "dieselbe Gesinnung". Eigene Intentionen formuliert er nur äußerst selten - vorwiegend im Arbeitsbereich, wo er sich bei Ärger aber auch nicht zu helfen weiß - so steht er nicht vor dem Problem, sie durchzusetzen.
Die sehr engen menschlichen Bindungen betrachtet er als das in seinem Leben Wichtigste. Ordnungen binden ihn eher aus Gewohnheit und Angst, ansatzweise empfindet er sie sogar als Zwang. Schwierigkeiten liegen für ihn vor allem in der Angst vor behauptender Durchsetzung und Harmonieverlust, dort, wo Geordnetes in Bewegung gerät. Sein Angewiesensein auf Übereinstimmung bedeutet auch, daß er Menschen, die ihm nahestehen, nicht richtig wahrnehmen kann, z.B. kann er Fehler bei ihnen nicht erkennen. So bleiben die ihm bedeutsamen anderen in seiner Schilderung merkwürdig blaß.

ZEIT:

Der Patient glaubt, sich nicht verändert zu haben, außer jetzt in der Krankheit, auch in seiner Umgebung sei keine Veränderung zu bemerken. Sein Leistungsversagen und die dann eintretende Erkrankung (Zusammenhang so von dem Patienten festgestellt) kommen ihm als die ersten deutlichen Zeiteinschnitte vor. Für die Zukunft erhofft er sich, einen richtigen Arbeitsplatz zu finden, Gesundheit und Glück für seine Familie. Außerberuflich Zeit zu gestalten, kann er sich nicht vorstellen: er wüßte gar nicht, was er anfangen sollte, wenn er nicht arbeiten müßte.

Wenn sich Gefühle von Einsamkeit einstellen, bemerkt er, daß er hilflos reagiert. In der Krankheit empfand er sich ernster als sonst. Niedergeschlagenheit und Angst tauchten auf, der Patient fühlte sich ausgeliefert. Verantwortung empfindet er für seine Gesundheit, seine Familie und die Arbeit. Er glaubt, in beruflicher Hinsicht versagt zu haben. Zeitliche Veränderungen nimmt er in vielerlei Hinsicht als Verminderung und Abbröckeln wahr. Darauf reagiert er mit Angst.

LEIB:

Die Einstellung des Patienten zum Leib ist zur Zeit durch die Krankheit bestimmt, in deren Vorfeld er zahlreiche beunruhigende Erfahrungen machen mußte: bei Aufregung bekommt er Magenschmerzen, wenn ihm die Arbeit zu viel wird, wird er aufgeregt und laut, obwohl er sonst keine starken Stimmungsschwankungen kennt, sondern sich eher beherrscht nennt; er hätte am liebsten alles zusammengeschlagen. Jedesmal, wenn er krank wird, überfällt ihn ein schlechtes Gewissen. Er würde sich gern verwöhnen, kann aber nicht - die Familie soll nicht leiden.
Der Patient erschließt sich nur sehr vorsichtig, er hält sich für ängstlich und gehemmt. Oft tauchen Minderwertigkeitsgefühle auf, gegen die er kein Mittel weiß, außer zu vergessen. Das aber scheint fehlzuschlagen.
Affektive Auseinandersetzungen meidet er in der Meinung, doch den kürzeren zu ziehen. In der Krankheit fühlte er sich von Affekten überwältigt, was ihn erschreckt.
Er lebt in einer engen Bindung. Zu bewältigen versucht er durch Aussprache, Schonung oder rastloses Handeln.

LEISTUNG:

Der Patient betrachtet Leistung seit seiner Kindheit als etwas selbstverständlich Wichtiges in seinem Leben, obwohl er sein Leben nicht ausschließlich danach beurteilt und bei anderen Menschen Wert auf Dinge außerhalb des Leistungsbereiches legt, z.B. Kameradschaft. Die Arbeit im Betrieb machte

ihm Spaß, bedeutete Abwechslung. Dennoch betrachtet er die Belastungen an der Arbeitsstelle als Grund für seine Erkrankung.
Er sieht an seinem derzeitigen Arbeitsplatz keine Aufstiegsmöglichkeiten. Auch nimmt er wahr, daß es für ihn angesichts seines Alters und der derzeitigen Arbeitsmarktlage schwieriger wird, eine neue Stelle zu finden.
Er war mit recht verantwortlichen Aufgaben betraut und Fachmann für "Kniffliges". Manchmal führt er sich vor Augen, was er in seinem Leben durch Arbeit erreicht hat, empfindet dann Stolz, oder er registriert, daß er auch kreativ ist. Mit schwierigen Aufgaben kommt er im allgemeinen zurecht.

Wenn er sich überfordert fühlt, wird er aufgeregt und laut. Bei seinem Hauptkonflikt - der Auseinandersetzung mit dem Meister - konnte und kann er sich nicht wehren.
Der Patient ist einem hohen Leistungsideal verpflichtet, nennt sich genau und gewissenhaft. Trotz aller Schwierigkeiten blieb er bisher in dem Betrieb. Aufgeben würde er nur, wenn er sähe, daß alle Anstrengung sinnlos sei. Als sich in letzter Zeit das Erlebnis des Scheiterns abzeichnete, erfolgte die Dekompensation in der Depression. Äußerlich wurde von dem so bedrohlich erlebten Leistungsversagen nichts bemerkt, der Patient wurde nie seiner Leistung wegen getadelt.
Dieser Patient erfaßt im Gegensatz zu den anderen hier Befragten klar, daß er Uneinheitlichkeit, Widersprüche in seinem Lebens- und Orientierungsraum nicht aufkommen lassen möchte, weil er die Konsequenzen solcher Wahrnehmungen fürchtet. Innerhalb der Struktur Raum ist ihm weniger das Befolgen weltanschaulicher Richtlinien oder religiöser Gebote Pflicht - hinsichtlich dieser Regeln scheint er relativ tolerant zu sein - mehr das Aufrechterhalten einer klaren und zuverlässigen Ordentlichkeit. Man kann hier im Sinne von TELLENBACH von einem "säkularisierten Gewissen" sprechen, gegen das er sich gelegentlich auflehnt, ohne jedoch in ein Erschließen oder Auseinandersetzen zu gelangen. Die Abwendung aus Angst

tritt vorher ein. Alle Modi mit Ausnahme des Erkundens und Bindens im Sinne von Gebundenseins sind folglich eingeschränkt. Besonders ausgeprägt ist die Störung innerhalb der Zeitstruktur. Im Bereich der Leistung setzt der Konflikt des Patienten dort an, wo er seine Leistungsideale, an die er gebunden ist, weder unter dem Druck äußerer Belastung abwandeln noch seine Vorstellungen energisch vertreten kann. Er gerät in einen Konflikt zwischen Ordnung/ Orientierung und Leistung. Voran geht aber eine Störung des Ordnungsgefüges: der Patient rückte in der Rangordnung des Betriebes auf, sah sich auf einmal mit Aufgaben betraut, die zuvor ein älterer Meister übernommen hatte. Hier zeichnet sich ein intraräumlicher Konflikt ab. Das unbedingte Streben nach Harmonie war mit seinen neuen Pflichten, die er ebenso unbedingt erfüllen wollte, unvereinbar. Das Gebundensein an den alten Betrieb war jedoch so stark, daß er sich zu einer beruflichen Veränderung nicht entschließen konnte (Wunsch nach Sicherheit). Die Kompensationsversuche in Raum und Leistung scheiterten an eben dem Festgelegtsein auf Räumliches und Leistung. Zeit wird für diesen Patienten nicht durch ihn selbst gegliedert, sondern durch Anforderungen, Pflichten, Verantwortung für andere. Erst in der beginnenden Dekompensation nimmt er deutlich seine eigenen Veränderungen wahr. Den Modus des Entdeckens, teilweise des Erschließens, erfährt er über den Leib, er erlebt sich als Stimmungen und Affekten ausgeliefert, sein Ordnungsgefüge, zu dem diese Befindlichkeiten im Widerspruch stehen, gibt ihm keinen Halt mehr.

VERGANGENHEIT:

RAUM:

Der Patient erlebte eine ruhige und stille, wenig abwechslungsreiche Kindheit in ordentlichen Verhältnissen. Die Atmosphäre empfand er als gut. Er war fügsam und gehemmt. Gegen seine Unsicherheit und Angst fand er kein Mittel. Äußere Schwierigkeiten räumte die Mutter aus dem Wege. Die Eltern

waren sich weitgehend einig.
Schmerzlich war der Gegensatz zwischen der freundlichen Umgebung zuhause und der gefürchteten Schule. Dort erlebte der Patient Angst, einmal vor Leistungsversagen, dann aber auch vor körperlicher Bedrohung. Beides änderte sich nach einem Lehrerwechsel.
Sein Befinden war von Erfolgen abhängig: kam er gut zurecht, fühlte er sich "edel", bei Leistungsversagen sehr schlecht.
Er war ängstlich und fürchtete Auseinandersetzungen, meist war er ein Mitläufer.
Auf ritualisierte Weise konnte er im Sport kämpfen.
Er hatte gute Freunde.
Bewältigen konnte er manchmal mit Hilfe der Mutter. Außerdem fühlte er sich bei jeder Krankheit erleichtert.

ZEIT:

Der Patient nahm in der Vergangenheit wenig Veränderungen wahr. Am deutlichsten spricht er den Zeitpunkt eines Lehrerwechsels an. Als der Vater starb, bewältigte er dieses Erlebnis ohne große Erschütterungen ("Ablauf der Zeit").
Angst, die auch in der Kindheit immer bedrohlich anwesend war, nahm während der letzten drei bis vier Jahre zu.

LEIB:

Der Patient war ein schwächliches, aber gewandtes Kind mit vor allem sportlichen Interessen. Er fühlte sich oft minderwertig in der Kindheit. Krankheit war eine Möglichkeit, der Schule zu entkommen. Die Einstellung der Familie zur Leiblichkeit scheint trotz religiöser Orientierung tolerant gewesen zu sein. Die sexuelle Entwicklung des Patienten verlief nach seinen wenigen Angaben ohne Probleme. Er entwickelte intensive Haßgefühle gegenüber Autoritätspersonen.

LEISTUNG:

Summarisch sagt der Patient von seiner frühkindlichen Entwicklung, daß er "das Entsprechende gelernt" habe. Er hatte bestimmte Lieblingsfächer und Freizeitbeschäftigungen, trug

zeitweise nach der Schule Zeitungen aus, um sich etwas hinzuzuverdienen. In der Schule erlebte er sich bis zu einem Lehrerwechsel als schwach, versagend, schlecht. Dieser Zeit erinnert er sich noch sehr genau: er kam sich erbärmlich vor. Erfolge im Sport brachten eine gewisse Entschädigung. Dort konnte er auch verlieren, sonst hat ihn Scheitern in der Kindheit schwer belastet. Er nennt sich dennoch eher träge, wenig ehrgeizig. Er machte in der Kindheit die Erfahrung, daß er bei Auseinandersetzungen wenig ausrichten konnte. Leistung war die wertbestimmende Größe, von einer besonderen Erziehung dazu spricht er nicht. Bewältigungsmöglichkeiten gab es nicht - Hilfestellung der Mutter und Krankheit halfen nur zeitweise.
Die überwiegenden Kommunikationsmodi der Vergangenheit stimmen mit denen der Gegenwart überein: Erkunden und Gebunden-Sein.

Zusammenhang:

Der Lebensraum des Patienten in der Vergangenheit vermittelte ihm bei aller Überschaubarkeit wenig Richtlinien oder Perspektiven. Eigentliche Vorbilder gab es nicht. Weder sind Begrenzungen und Verbote klar erkennbar, noch eindeutige Ziele, auf die hin die Erziehung ausgerichtet war. Die Devise, nur nicht aufzufallen, die sich bei dem Patienten langsam entwickelte, ist eher eine Vermeidungsstrategie. Gegenüber dem Leib gab es ebenfalls wenig Einschränkungen. Das Grundgefühl von Vorsicht, Hemmung, Angst, das der Patient mehrfach erwähnt, weist dennoch darauf hin, daß eine Entfaltung der leibbezogenen Kommunikationsmöglichkeiten nicht gelang, außer im sportlichen Wettbewerb, wo gelegentlich Kompensation möglich war. Im übrigen wurde der Patient früh entmutigt, seiner Leistungsfähigkeit zu trauen. Die Furcht vor selbstbehauptender Auseinandersetzung ist schon in der Kindheit deutlich. Kompensierend wirkte die Unterstützung anderer, manchmal der Schutzraum, in den er sich bei Krankheit zurückziehen konnte. Später fand er in der Arbeit Freude und Anerkennung, bei seiner Familie die Harmonie, auf die er an-

gewiesen ist. Die gelingende Kommunikation im Leistungsbereich war jedoch an zwei Faktoren gebunden: an eine bestimmte Ordnung und an Übereinstimmung mit der Umwelt. Der Patient begann sich unwohl und geängstigt zu fühlen, als er nicht mehr seinen Vorstellungen von Ordentlichkeit gemäß arbeiten konnte, als es darüber zu Auseinandersetzungen kam, die er um jeden Preis vermeiden will (Leistung vs. Ordnung/ Orientierung). Schließlich stimmte sein inneres Ordnungssystem, nach dem er immer der Abhängige, Kleinere war, im Lauf der Zeit mit seiner beruflichen Entwicklung nicht mehr überein. Er vermochte sich nicht in die neue Position als Verantwortlicher, Anleitender hineinzufinden (Zeit vs. Ordnung/ Binden; Leistung vs. Ordnung Binden). Seine Versuche, diese Widersprüche durch vermehrten Einsatz auszugleichen, führten zur Dekompensation im Leiblichen - Erschöpfung, Überforderung. Daß auch das räumliche Festgelegtsein wiederum kompensatorischen Charakter hat, geht aus einer Äußerung des Patienten hervor, in der er sagt, er urteile lieber nach festen Prinzipien, denn seiner Gefühle sei er sich nicht sicher.

7.3 Patientin N. E.

Die 70 jährige Patientin hatte bereits während der beiden dem Krankenhausaufenthalt vorangegangenen Jahre Appetit- und Schlafstörungen, Antriebsmangel und eine Veränderung ihrer Stimmungslage bemerkt, sie habe sich jeweils für einige Monate während der Herbst- und Winterzeit niedergeschlagen und bedrückt gefühlt. Dieselben Beschwerden bemerke sie jetzt wieder. Am quälendsten sei jedoch ein Druckgefühl auf Hals und Brust, in ihr verkrampfe sich alles. Sie litte, wenn dieser Zustand eine größere Intensität annähme, auch unter Atemnot. In Belastungssituationen sei dies Globus- und Oppressionsgefühl früher (seit dem 35. Lebensjahr) schon gelegentlich aufgetreten, jedoch rasch wieder abgeklungen. Sie habe meist versucht, sich nichts anmerken zu lassen.

Die Patientin bezeichnete sich als wenig belastbar, gehemmt und unsicher. Sie könne sich über nichts freuen. Sie habe nie einen eigenen Lebensstil gefunden, sondern sich für die Familie aufgeopfert.
Die Eltern der Patientin hatten eine Gastwirtschaft. Der Vater sei heiter und zupackend gewesen, die Mutter leicht aufgeregt, durchsetzungsfähig. Die Patientin ist Zweitälteste von vier Geschwistern (älterer Bruder, zwei jüngere Schwestern). Sie sei sehr ruhig gewesen, als Kleinkind viel alleingelassen worden. Ihre Schulleistungen seien gut gewesen, obwohl sie während einiger Jahre jeweils in den Wintermonaten wegen eines "schlimmen Kopfes" die Schule häufig nicht habe besuchen können. Als sehr belastend habe sie es empfunden, daß sie schon seit der Vorschulzeit bei jeder Gelegenheit einen roten Kopf bekommen habe. Im Laufe der Zeit habe sie immer mehr versucht, Situationen aus dem Wege zu gehen, in denen sie Rotwerden hätte fürchten müssen - z.B. Melden in der Schule, Begrüßen von Bekannten, Anknüpfen neuer Kontakte.
Als die Patientin 16 Jahre alt war, starb ihre Mutter. Ein Pfarrer habe damals gesagt, jetzt käme es auf die Patientin an. "Wenn du dich nicht benimmst, muß der Vater wieder heiraten, und ihr kriegt eine Stiefmutter." Daraufhin habe die Patientin einen solchen Schrecken bekommen, daß sie von früh bis abends in der Gaststätte mitgearbeitet habe. Das Entwikkeln eigener Interessen sei dabei zu kurz gekommen. Außerdem habe der Vater Lesen oder Handarbeit als Zeichen von Faulheit bewertet. Während die Arbeit in der Küche der Patientin Freude gemacht habe, sei das Bedienen eine Qual für sie gewesen, weil sie bei jeder Gelegenheit rot geworden und deshalb von den Gästen gehänselt worden sei. Von einem Mann, den sie in der Tanzstunde kennengelernt hätte, habe sie sich wieder getrennt, weil sie gemeint habe, ihres roten Kopfes wegen nicht heiraten zu können. Sie habe dieses sie schwer belastende Symptom nicht an Kinder weitergeben wollen.
Bis viele Jahre nach dem Tod des Vaters habe sie mit einer

verheirateten Schwester gemeinsam die Gaststätte weitergeführt. Anschließend habe sie den Haushalt ihres Bruders versorgt und nach dessen Tod den Haushalt der anderen Schwester übernommen, um dieser zu ermöglichen, in der Anwaltspraxis ihres Mannes mitzuarbeiten. Diese Schwester starb einige Monate vor dem Krankenhausaufenthalt der Patientin. Heute versorgt Frau E. den Haushalt des Schwagers.
Ein Bruder des Vaters soll nervenkrank gewesen sein, eine Schwester sei wegen Depressionen in nervenärztlicher Behandlung gewesen.
Im Anschluß an eine Cholezystektomie vor drei Jahren habe die Patientin erheblich an Gewicht eingebüßt. Menopause mit 50 Jahren. Sie habe 10 Jahre lang Hitzewallungen und Verstimmungen gehabt.
Obwohl die Patientin bemüht war, sachlich und distanziert über die Entwicklung ihrer Beschwerden zu berichten, wirkte sie unruhig, agitiert, dabei zutiefst niedergeschlagen und ohne Hoffnung auf Besserung. Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis waren beeinträchtigt.
Es wurde die Diagnose einer Spätdepression gestellt.
Die Patientin sprach auf eine Therapie mit Antidepressiva gut an und konnte nach sechs Wochen entlassen werden.

GEGENWART:

RAUM:

Die Patientin lebt bei ihrem Schwager. Ihre Schwester, die engste Bezugsperson, die sie hatte, starb vor einigen Monaten. Die Patientin sagt: "Bin dort aufgenommen." Ob sie diese Wohnung als ihren Lebensraum betrachtet? Sie fühlt sich als berufstätige Frau, mit Hausarbeit befaßt. Am wohlsten ist ihr, wenn sie allein ist oder im kleinen Kreis. Größere Menschenansammlungen meidet sie, weil sie darauf mit Angst reagiert.
Neue Menschen und neue Ideen möchte sie nicht kennenlernen. Sie wünscht keine Veränderungen. Andererseits nennt sie sich schwerfällig, mißt sich also manchmal an einer größeren Be-

weglichkeit. Veränderungen nimmt sie weder bei sich noch bei anderen wahr.
Eine enge Beziehung, so sagt sie, hat sie in ihrem Leben niemals erfahren. Sie glaubt, bei anderen Menschen nicht anzukommen, für "liebenswert-unbedeutend" gehalten zu werden. Ihr bleibt unerschlossen, ob andere sie wichtig nehmen, aber auch, in welcher Weise sie selbst ihre Mitmenschen erfährt. Sie scheint nicht das Bedürfnis zu haben, dem auf den Grund zu gehen. Vergleiche mit anderen stellt sie nicht an, aber sie erlebt sich ganz konstant als minderwertig, ohne sagen zu können, weshalb, und glaubt auch, es in ihrem Leben schwerer gehabt zu haben als andere. Bei Enttäuschungen will sie schnell vergessen, verzeihen, aber es gelingt oft nicht - "tut meist weh". Eine Freundschaft - die sie nicht hat - stellt sie sich vor als volles gegenseitiges Vertrauen.
Mitmenschliche Konflikte werden verneint: "Wir schlichten alles im Guten." Sie glaubt, man könne mit der Umwelt ohne Streit auskommen. Bei Auseinandersetzungen zurückzuschlagen hält sie für unklug, weil eskalierend. Sie glaubt trotzdem, daß sie ein Mensch ist, der sich wehren kann. Allein im Traum erlebt sie, daß sie sich "komisch" aufregt. Religiös-weltanschauliche Zweifel kennt und bekämpft sie.
Vor ernsten diesbezüglichen Konflikten sei sie durch ihre Hemmungen bewahrt worden. Ihre Haltung in Auseinandersetzungen hängt damit zusammen, daß sie überzeugt ist, der Lebenssinn bestünde darin, anderen Menschen nicht wehzutun. Von eigenen Zielen spricht sie nicht.
Sie fühlt sich verbindlichen moralischen Grundsätzen - einer wurde oben genannt - verpflichtet, gegen diese Forderungen werde sie niemals verstoßen. Viele Erlebnisbereiche werden so sehr von moralischen Geboten reguliert, daß es zu Erkunden, Entdecken, Erschließen gar nicht kommen kann. Ordnungen müssen unbedingt befolgt werden. Diese Normen wirken weniger als in der Erfahrung gewordene, mehr als zeitlos-verbindliche: "man muß doch". In ihrem Lebensraum kann sie Un-

ordnung nicht leiden, sie muß sofort Ordnung schaffen. Bei Unordnung im Innern, z.B. einem schlechten Gewissen - vertraut sie der Zeit: "Es kommt und geht". Eine langjährige Freundschaft, Liebesbeziehung oder Ehe habe sie in ihrem Leben niemals erfahren. Bis heute besteht eine enge und nahezu ausschließliche Bindung an die Familie, die allerdings durch den Ablauf der Zeit - Tod der Familienangehörigen, wie jetzt der Schwester - immer mehr eingeschränkt wird. Ein Detail: die Patientin sammelt Fotos, möchte auf diese Weise wohl das Gewesene erhalten.
Die Patientin glaubt an ein besseres Jenseits und an eine ausgleichende Gerechtigkeit. Bei Verlusten und Enttäuschungen, die sie für die Vergangenheit nennt, sucht sie ihren Trost in der Religion. Oft sah sie keinen Weg zur Bewältigung: "Da habe ich manchmal Schweres mitgemacht". Für die Gegenwart spricht die Patientin keine Probleme an, die sie bewältigen müßte. Ihre zunehmende räumliche Einengung, Vereinsamung, unwiederbringlich nicht Gelebtes schildert sie nicht als konflikthaft. Sie bewältigt fast ausschließlich in der Bindung an moralische Forderungen, über weite Bereiche, ohne sich dessen bewußt zu sein.

ZEIT:

Eine Abgrenzung der verschiedenen Modi ist innerhalb dieser Struktur besonders schwierig, weil die Patientin kaum Zeitlichkeit erfährt. Für sie gibt es kein Noch-Nicht oder Nicht-Mehr. Sie hat keine Zukunftsperspektive und stellt sich auch nicht vor, wie sie anders leben könnte als sie es jetzt tut. Für die Zukunft erwartet sie sich nur,"schmerzfrei und am Leben" zu sein. Daß sie sich nicht gescheitert fühlt, hängt wohl damit zusammen, daß sie eigene Lebenspläne niemals formuliert hat. Deren Fehlen fällt ihr jetzt allerdings auf. Sie möchte ihr Leben nicht ändern. Die schmerzliche Entdeckung von Zeitlichkeit hat sie bei dem Tod ihrer Mutter gemacht - damals sei die Welt stehengeblieben. Die Patientin lebt eine Art Fortsetzung des mütterlichen Lebens.
Das Erleben von Schuld ist der Patientin, wie sie sagt, fremd.

Sie habe niemals andere geschädigt, bei Streitigkeiten fühle sie sich nicht schuldig. Sie fühlt sich - durch zahlreiche Gebote geschützt - nicht als für Streitigkeiten Verantwortliche, auch die Aufgeregtheit im Traum findet sie nicht sich zugehörig. Bei der Arbeit im Haushalt erlebt sie sich als verantwortlich, manchmal von der Last der Verantwortung fast erdrückt. Dann - wie auch bei einem schlechten Gewissen - kann sie sich dem Wandel anvertrauen, erlebt sie wechselnde Zeit. Es ist nicht zu erfahren, wie sie das Erlebnis von Schuldig-Sein (was sie ja nicht kennt) und schlechtem Gewissen trennt. Ihr jetziges Befinden führt sie darauf zurück, daß sie nach dem frühen Tod der Mutter in Haushalt und Geschäft tätig sein mußte, sich "bei fremden Leuten mühen". Eine Verbindung zu ihren Lebensbedingungen in der Gegenwart zieht sie nicht.
Daß sie sich als Auseinandersetzungen Stiftende, dafür Verantwortliche nicht begreift, wurde schon gesagt. Eine Abwendung vom Leben - den Tod - kann sie sich als Erlösung vorstellen, "wenn man nicht geholfen bekommt". Sie wirft ihren Eltern, die sie sonst als Vorbild schildert, vor, deren falsche Erziehung habe ihr ständiges Erröten und ihre Hemmungen bewirkt, diese wiederum hätten sie an vielem im Leben gehindert, z.B. an einer Heirat, sie aber auch vor vielen Konflikten bewahrt.
Eine lebenslängliche Bindung bestand - und besteht - an das Elternhaus, an die Menschen, die Normen, die Aufgaben, die die Patientin dort übernahm. Wenn sie sich heute von der Last der Verantwortung erdrückt fühlt, zeigt sie darin auch eine Bindung an die Haltung, die sie bei den Eltern sah - Abmühen - und an ihre eigenen früher zahlreichen Aufgaben.

Auf die Frage, wem sie vertraut, sagt sie: "dem Arzt". Ob hier die Gewißheit, vertrauen zu können, da ist oder das Normative - "man muß dem Arzt vertrauen" - oder die Erwartung annähernd elterlicher Fürsorge, bleibt unklar.
Mit ihrem Alter setzt die Patientin sich nicht auseinander.

LEIB:

Die Patientin hat ein ignorierendes bis ablehnend-unterdrücktes Verhalten ihrem Leib gegenüber. Stimmungsschwankungen und hypochondrische Vorstellungen verneint sie. Ihre körperlichen Beschwerden erlebt sie ähnlich den Mißempfindungen, die sie schon in der Kindheit hatte. Den Bereich Sinnlichkeit/Sexualität verweist sie in die Vergangenheit. Eine Auseinandersetzung mit den Gründen ihres Krankseins umgeht sie mit dem Hinweis, sie habe immer angenommen, daß es anderen genauso erginge.
Sie erlebt sich als unattraktiv. Sie sagt nicht, ob sie zufrieden ist, eine Frau zu sein. Sie kennt Zustände von Langeweile. Schnelle Begeisterung ist ihr fremd. Ebenso kann sie sich nicht erinnern, sich selbst jemals unheimlich gewesen zu sein.
Die Patientin empfindet manchmal Selbstmitleid bei sonst überwiegend sachlich-zweckbestimmter Einstellung zur Welt. Verwöhnen kann sie sich nicht. Ihre Minderwertigkeitsgefühle, depressive Verfassungen, schmerzlichen Empfindungen, in geringem Maße auch Ängste, kann sie nicht gelten lassen, einesteils weil sie meint, dadurch sei sie am Heiraten gehindert worden, andernteils, weil ihre Normen gebieten, daß sie damit fertig werden muß. "Damit muß man leben." Durch dieses Hinweggehen-Über kann sie sich in ihrer Grundstimmung schlecht erschließen, vermittelt eher ein Bild von Nicht-Gestimmtheit. Emotional-erotisch kommuniziert sie wenig. Während sie ihren Leib sonst kaum zur Kenntnis nimmt, ist sie ihm in der Symptomatik der depressiven Erkrankung ausgeliefert.
Ihrer sehr durch moralische Forderungen geprägten Welt müssen affektive Auseinandersetzungen als erhebliche Bedrohungen erscheinen. Eine Auseinandersetzung mit der Sexualität - mehr im Sinne von Beunruhigung - hat sie in ihrer Jugend erlebt; sie sei damals bei Gesprächen über Sexualität immer sehr erregt gewesen.
Die Patientin bewältigt ihr Kranksein durch Ablenkung, Über-

spielen, Nicht-Zeigen. Es entspricht ihrer Orientierung, Krankheit nicht wichtig zu nehmen.

LEISTUNG:

Die Patientin fühlt sich bei ihrer beruflichen Tätigkeit wohl. Leistung ist für sie etwas sehr Bedeutsames.
Ihr Arbeitsplatz gefällt ihr; sie wünscht sich nichts anderes. Sie vergleicht ihre Leistung nicht mit der anderer, mißt mehr an ihren eigenen Maßstäben. Sie weiß, daß ihre Leistung von Stimmungen beeinflußt wird, ist deshalb nicht beunruhigt, denn sie fühlt sich in ausreichendem Maße gleichbleibend.
Sie findet sich nicht ehrgeizig, beurteilt ihr Leben und andere nicht danach, was beruflich und durch Leistung erreicht wurde. Dazu im Gegensatz steht ihre Äußerung, Beruf und Lebenszweck sei ihr ein und dasselbe. Sie bezeichnet sich als zuverlässig, wahrscheinlich ist sie auch gewissenhaft und gründlich zu nennen.
Konflikte am Arbeitsplatz gibt es nach Angaben der Patientin nicht, es sei immer ein "nettes Verhältnis" gewesen. Bei Zielen, die sie nicht erreicht hat, versucht sie erneut. Mit Scheitern setzt sie sich nicht auseinander, sie war mit ihrer Leistung immer zufrieden.
Nach dem Tode der Mutter hat sie deren Tätigkeit fraglos übernommen, bis heute hat sie diese Aufgaben, als wäre sie die Mutter, weitergeführt und fühlt sich darin wohl. Den strengen Maßstab, dem sie sich in Bezug auf Leistung verbunden fühlt, bemerkt sie nicht.
Sie gewinnt ihre Identität hauptsächlich in der beruflichen Erfüllung, Erfolge in der Vergangenheit haben sie darin bestärkt. Mißerfolge hatte sie nicht zu bewältigen.
Die Patientin übersieht, daß sie heute kaum noch Aufgaben hat.
In allen Strukturen überwiegt Erkunden und Entdecken, zum Erschließen kommt es selten. Kommunikativen Einschränkungen innerhalb der Strukturen Zeit und Leib stehen kompensatorische Erweiterungen vor allem in der Bindung an räumliche Fak-

toren gegenüber. Die kompensatorischen Möglichkeiten im Leistungsbereich stehen mit der Einschränkung des Lebensraumes nicht mehr zur Verfügung. Die Patientin dekompensiert nach dem Tod ihrer Schwester, die zum einen eine wichtige Bezugsperson für sie war, zum anderen die letzte lebendige Verbindung zu dem innerlich maßgeblichen Lebens- und Orientierungsraum der Vergangenheit darstellte.

VERGANGENHEIT:

RAUM:

Die Patientin wuchs mit mehreren Geschwistern auf. Die Eltern, die die Patientin als Vorbilder nennt, mußten in ihrer Gastwirtschaft hart arbeiten und hatten wenig Zeit für die Kinder. Dennoch nennt die Patientin ihre Kindheit schön und abwechslungsreich; es gab Freundinnen und Freunde aus Schule und Nachbarschaft, wichtig waren auch verschiedene Haustiere. Die Eltern waren so religiös gesonnen zuhause, daß die Kinder häufig darunter litten. Besondere Erziehungsmaximen scheint es nicht gegeben zu haben, außer "Ehrlichkeit und Ordnung". Die Orientierung wurde einheitlich vermittelt; die Eltern waren sich einig, andere wichtige Instanzen gab es nicht. Belohnungen waren unüblich. Während die Patientin in der Kindheit durchaus noch Zeit zum Spielen hatte, mußte sie nach dem Tode der Mutter Pflichten und Verantwortung übernehmen, womit sie sich ganz identifizierte. Dabei hatte sie das Gefühl, sich frei entscheiden zu können.
Die Patientin war nicht neugierig. Ihre immer wieder erwähnte Hemmung und Ängstlichkeit hat sie bezüglich des Modus Entdecken besonders eingeschränkt.
Die Patientin empfand sich - wie heute noch - als schüchtern. Gefühlshaft-verstehendes Erschließen ist in ihren Antworten wenig zu erkennen. Nur als Kind hatte sie Freundinnen. Die Atmosphäre zuhause beschreibt sie als gut. Stimmungen wurden nicht wahrgenommen. Aus der Sicht der Patientin bestand ein Wunsch nach Kontakten, ihre Hemmungen hätten aber zur Folge gehabt, daß sie auf andere nicht habe zugehen kön-

nen. An Auseinandersetzungen kann die Patientin sich fast gar nicht mehr erinnern, höchstens, daß ihre Geschwister nicht die Ordnung halten wollten, die sie notwendig fand. Sie war völlig mit dem elterlichen - später geschwisterlichen - Lebensraum identifiziert - "wir mußten uns durchschlagen" - ein eigener Lebensraum existierte kaum. Sie sah darauf, daß das Leben konfliktlos ablief, selbst wenn sie mit ihren persönlichen Bedürfnissen zurückstecken mußte. Sie konnte schlecht verlieren und gab meist kampflos auf. Auseinandersetzungen mit Bezugspersonen ging sie aus dem Wege. Abweisungen kränkten sie, Verluste und Enttäuschungen gab es, ohne daß sie sich dagegen aufgelehnt hätte. Mit Versagungen und Verzichten kam sie "nicht so gut zurecht", ohne daß zu erfahren wäre, wie sie damit umging. Ein eigenes Wollen scheint nicht entstanden zu sein. Besonders hing sie an ihrer Mutter. Sie übernahm in vielem die Ordnung, Orientierung, den Aufgabenkreis der Mutter. Sie ist bis heute ausschließlich an die Familie gebunden.

Statt Bewältigung ist Rückzug, Aufgeben, der Versuch, Trost in der Religion zu suchen, erkennbar. Hilfe erfuhr die Patientin dabei nur indirekt - durch ihr festes Eingebunden-Sein in die Familie und deren innere und äußere Räume.

ZEIT:

Die Patientin mußte sehr früh Verantwortung übernehmen. Sie sagt, daß sie es freiwillig tat, bringt es aber in Zusammenhang mit ihrer Erkrankung heute, ohne diese Verknüpfung näher zu erläutern. Schulderleben erwähnt sie nicht.
Ein entscheidender Punkt für das Entdecken von Vergänglichkeit, Zeitlichkeit war der Tod der Mutter: "Ich dachte, die Welt bleibt stehen". Die Patientin sagt auch, daß es einen Zeitpunkt gegeben habe, von dem ab sie ihre Eltern anders betrachtet habe als früher, erläutert das aber nicht näher. Sich selbst erlebte sie "mal böse, mal vorbildlich" - bei welchen Gelegenheiten, wird nicht deutlich.
Für sich selbst fühlte die Patientin sich kaum verantwort-

lich, sie erwähnt es in dem abstrakten Sinne, daß sie mit einem schlechten Gewissen schlecht leben könne. Gegenüber den Eltern äußert sie Vorwürfe.
Besondere Auseinandersetzungen über den "Sinn des Lebens" erwähnt die Patientin nicht. Eine eigene Bestimmung hat sie für sich nicht gefunden.
Es sei wichtig, niemandem wehzutun.
Schuldgefühle kommen nicht zum Ausdruck.
Ein personales Bewältigen läßt die Patientin nicht erkennen.

LEIB:

Die Patientin war ein schüchternes, gehemmtes Kind, "mittelkräftig". Sie fühlte sich minderwertig. Früh machte sie sich Sorgen um ihren Körper. Innere Unruhe kam vor. Sie erinnert sich, weinerlich gewesen zu sein. Ernste Erkrankungen hatte sie nicht. Die üblichen Kinderkrankheiten fand sie schön, weil die Eltern sich dann sorgten und sie nicht in die Schule mußte. Sie erlebte sich als häßlich, sie fand - und findet - es nicht erlaubt, sich um anderer Gründe als "der Ordentlichkeit" willen im Spiegel anzuschauen. Es war kein Problem, ein Mädchen zu sein.
Sie wurde nicht aufgeklärt. Die Pubertätsveränderungen fand sie wenig schön. Wenn von Sexualität gesprochen wurde, war sie aufgeregt. "Empfindungen zum anderen Geschlecht" hat sie unterdrückt. Sie hätte gern Beziehungen zum anderen Geschlecht gehabt, war aber zu ängstlich. Bei Aufregung litt sie unter Brustschmerzen und Atemnot.
Schüchtern, ängstlich, zurückgezogen wie sie war, hielt sie sich von Streitigkeiten fern.
Als Kind hatte sie Heimweh. Im Grunde ging sie innerlich und äußerlich niemals von zuhause fort, dem Leben im Elternhaus folgte der Aufenthalt bei den Geschwistern.
Ihre Schüchternheit und Ängstlichkeit hat sie bis heute nicht bewältigen können; sie bedauert, sich im erotisch-sexuellen Bereich nicht entfaltet zu haben und macht ihren Eltern - der Erziehung - heute deshalb Vorwürfe.

LEISTUNG:

Über den Bereich Leistung in ihrer frühen Kindheit weiß die Patientin nichts. Sie war eine gute Schülerin, die Eltern waren mit ihr zufrieden. Körperlich war sie offenbar geschickt, sie gibt entsprechende Lieblingsspiele an. An besondere Positionen lag ihr nichts.
Sie hatte Angst, in der Schule Fehler zu machen. Sie war eine schlechte Verliererin. Meist konnte sie bei Spielen etwa mit anderen Kindern mithalten. Angeblich wurden ihr nicht mehr Pflichten zugemutet als den Geschwistern - dabei hatte sie den ganzen Haushalt zu versorgen. Bei dieser Tätigkeit war sie auch erfinderisch. Besondere Leistungsschwankungen kannte sie nicht.
Die Modi Erschließen bis Bewältigen lassen sich nicht mehr einzeln aufführen, weil sie sämtlich kaum in Erscheinung treten.
Die Patientin kam den an sie gestellten Anforderungen immer nach, versuchte, ihre Sache gut zu machen. Gefühle von Überforderung oder Über-Verantwortung erwähnt sie nicht. Pflichterfüllung und Leistung in einem nicht von ihr selbst bestimmten Rahmen prägten ihr Leben seit ihrer Jugend. So wenig sie einen eigenen Lebensraum für sich fand, entdeckte sie das Bedürfnis nach einem eigenen Leistungsbereich. Sie identifizierte sich mit den Forderungen, die man von außen an sie stellte und erlebte ihre Tätigkeit in diesem Rahmen auch als wichtig und erfüllend.

Zusammenhang:

Die ursprünglich wohl vorhandenen expansiv-motorischen Impulse der Patientin konnten sich nicht entwickeln. Die Erythrophobie weist auf eine beginnende Dekompensation der Patientin im Leiblichen bereits in der Kindheit hin. Kompensationsmöglichkeiten fand sie in einem einheitlichen, durchaus als farbig empfundenen Lebensraum, der klar strukturiert war, innerhalb dessen sie später sinnvoll und verantwortlich

tätig sein konnte.
Die Konflikte betreffen dieselben Strukturen und Modi in Gegenwart und Vergangenheit. Sie wurden jedoch im Laufe der Jahre verschärft durch Abnahme der Kompensationsmöglichkeiten. Altern, Einengung des Lebensraumes, abnehmende Bedeutung ihrer Tätigkeit für andere, Beeinträchtigung der Gesundheit führten zu einer schleichenden Dekompensation. Letzter Anstoß für die Erkrankung war dann der Tod der Schwester; die Patientin verlor nicht nur den einzigen Menschen, dem sie vertrauen konnte, sondern gleichzeitig die Welt, auf die bezogen sie lebte, gleichsam ihren inneren Lebensraum.

7.4 Patient R. H.

Der Patient, ein 20 jähriger wehrpflichtiger Soldat, erkrankte ein halbes Jahr nach Beginn seines Dienstes bei der Bundeswehr.
Bei der Aufnahme war er in bedrückter Stimmung, gereizt und ängstlich. Eine schwere psychomotorische Hemmung machte es ihm fast unmöglich, sich anders als durch kurze, gestammelte Worte oder gelegentliches Seufzen mitzuteilen. Er wirkte ratlos.
Der Patient klagte über Schlaflosigkeit und innere Unruhe, auch mache er sich beständig Vorwürfe und fühle sich innerlich leer.
Eine Krankheitseinsicht bestand nicht. Vorangegangen war folgendes: der Patient, der sich bei seiner Einheit ausgesprochen wohl gefühlt hatte, war drei Wochen vor Beginn eines Manövers an einem grippalen Infekt erkrankt. Er war deshalb krank geschrieben worden, hatte seinen Dienst aber nach einer Woche wieder aufnehmen können. Zu Beginn des Manövers hatte er, ganz plötzlich und für ihn unerwartet, den Befehl bekommen, mit zwei ihm bis dahin unbekannten Kameraden in eine weiter entfernte Stadt zu fahren und dort Treibstoffvorräte zu organisieren. Nach kurzer Zeit hatte er bemerkt, daß es zu Versorgungslücken beim Betriebsstoff kommen würde, daß er nicht

in der Lage sein würde, diese Lücken zu füllen. Zunehmend hatte er sich hilflos und unfähig gefühlt, war zu seinem Vorgesetzten gegangen und hatte diesem gesagt, er könne unter solchen Umständen das ihm Übertragene nicht ausführen. Seiner Bitte, ihn von dieser Aufgabe freizustellen, war jedoch nicht entsprochen worden. Bei dem Patienten hatte sich daraufhin immer quälender das Gefühl entwickelt, versagt zu haben; schließlich hatte man ihn vorzeitig zu seinem Standort zurückversetzt. Dort traten dann die oben geschilderten Symptome voll in Erscheinung.
Der Patient wuchs als Ältester von drei Geschwistern in einer dörflichen Umgebung auf. Der Vater, geschildert als temperamentvoll und kontaktfreudig, war Angestellter und betrieb eine Nebenerwerbslandwirtschaft, die Mutter war Hausfrau. Der Patient, ein Acht-Monats-Kind, mußte sechs Wochen nach seiner Geburt drei Monate stationär behandelt werden wegen Ernährungsstörungen, entwickelte sich dann aber zu einem kräftigen Kind. Besondere Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit sei früh bei ihm beobachtet worden, die Eltern seien immer stolz auf ihn gewesen, alles, was er angepackt habe, habe er tadellos und ordentlich erledigt. In der Volksschule zeigte er durchweg gute Leistungen. Nach Volksschulabschluß begann er auf eigenen Wunsch eine Lehre als Kfz-Mechaniker. Mit 16 Jahren erlitt er bei einem Motorradunfall eine Contusio. Mit 18 Jahren, kurz vor der Gesellenprüfung, wurde der Patient irrtümlich verdächtigt, unter Alkoholeinfluß Motorrad gefahren zu sein, man nahm ihm für zwei Wochen den Führerschein ab. Dieses Erlebnis traf den Patienten schwer. Er sei einfach nicht darüber hinweggekommen, habe versucht, alles zu vertuschen, habe sich furchtbar geschämt und sei immer mehr ins Grübeln gekommen. Wochenlang habe er schlecht geschlafen, kaum noch gesprochen, habe nichts mehr essen können. Die Angehörigen befürchteten damals einen Suizidversuch. Hausärztliche Behandlung mit Tranquilizern. Nach einigen Wochen klang die Symptomatik ab. Unter dem Einfluß dieser Ereignisse fiel

der Patient durch die Prüfung, konnte seine Lehre aber ein Jahr später erfolgreich abschließen. Der Beruf mache ihm Freude. Bei der Bundeswehr sei er sehr zufrieden gewesen, besonders die Kameradschaft habe ihm gefallen. Er sei hauptsächlich als Lkw-Fahrer eingesetzt gewesen.
Es ergaben sich keine Anhaltspunkte für erbliche oder familiär gehäufte Erkrankungen. Keine körperlichen Vorerkrankungen mit Ausnahme der oben erwähnten.
Es wurde die Diagnose eines mutistisch-stuporösen Syndroms im Rahmen der zweiten Phase einer endogenen Depression gestellt und eine kombiniert thymo-neuroleptische Behandlung begonnen. Vorübergehend geriet der Patient in einen schwer agitierten Zustand, dann kam es zu einer stabilen Besserung.

GEGENWART:

RAUM:

Über seine aktuelle Situation teilt der Patient, seiner allgemeinen Wortkargheit entsprechend, wenig mit. Besonders der Lebensraum bleibt in seiner Schilderung blaß, dagegen werden Ordnungsbezüge sichtbar.
Der Patient hat häufig Schwierigkeiten, sich festzulegen, er antwortet dann mit "kommt darauf an". Da eine solche Antwort impliziert, daß es unterschiedliche Reaktionsmöglichkeiten und Situationen gibt, in denen er sich jeweils anders entscheiden würde, wurden diese Antworten mit Entdecken signiert. Der Patient pflegt, wie er sagt, einen "normalen" Lebensstil. Seine Umwelt beurteilt er sowohl nach Gefühlen als auch nach festen Gesichtspunkten. Manchmal sei er im Streit mit den Menschen seiner Umgebung. Er glaubt, von ihnen als liebenswert eingeschätzt zu werden. Toleranz ist ein ihm wichtiger Wert. Er ist bemüht, (innerer und äußerer Raum) ordentlich zu sein; wenn er mit Ordnungen zurechtkommen muß, die er ablehnt, "geht es". Äußere Unordnung stört ihn weniger. Er glaubt an Gott, ohne diese seine Überzeugung näher auszuführen. Der Patient hat eine Tendenz zu recht schlagwortartigen Äußerungen: "wahre Lie-

be" errege ihn am meisten, "wahre Freundschaft" zeige sich in Krisensituationen.
Mit Konflikten in seinen mitmenschlichen Beziehungen wird er "mittelmäßig" fertig. Die Gegensätze Anpassung vs. aggressive Durchsetzung sieht er bei anderen, was er davon hält, geht aus seiner Stellungnahme nicht klar hervor. Er selbst neigt eher zur Anpassung. So sagt er, Ungerechtigkeiten in seiner Umgebung bewältige er durch Hinnahme, auch hält er es für besser, Unrecht zu erleiden als Unrecht zu tun. Bei Streit in seiner Umgebung versucht er zu schlichten. Wenn er angegriffen wird, bemüht er sich, erst zu besänftigen. Die Antwort "kommt darauf an", mit der der Patient sich nicht festlegen mag, wurde auf eine Vielzahl von Fragen gegeben, etwa: ob Menschen seine Äußerungen für wichtig nähmen, ob er auch zu einem Menschen hielte, der es nicht wert sei, weil er sich einmal für ihn entschieden habe, ob es Sinn habe, sich für eine staatliche oder andere Ordnung einzusetzen, ob er bei einem Unglücksfall aufgeben würde oder einen neuen Plan machen - alles "kommt darauf an".
Die einzige konkrete und lebendige Antwort des Bereichs Entdecken: besonders ginge ihm gegen den Strich, seine Meinung nicht sagen zu dürfen, auch wenn es für eine bestimmte Tätigkeit oder für einen Arbeitsablauf besser wäre. Diese Antwort bezieht sich wohl auf die Umgebung, in der der Patient zuletzt tätig war, nämlich die Bundeswehr.
Die Erlebnisweise des Erschließens versperrt sich der Patient durch sein Stehenbleiben bei fraglos übernommenen Ordnungsbezügen, die ihm einerseits Sicherheit zu versprechen scheinen, ihm andererseits den Zugang zu seiner Innenwelt und teilweise auch dem äußeren Lebensraum verschließen. Am ehesten stiftet er Zusammenhänge, wenn er sich mit seinen Orientierungen befaßt: auf die Frage, was er von Selbstmord hält, antwortet er mit einer Maxime - man habe erst sein Leben gemeistert und sei ein Lebenskünstler (dies sein Ideal?), wenn man das Leben mit all seinen Freuden und Schmerzen be-

stünde, das müsse man. Ähnlich ist seine Vorstellung, der Lebenssinn bestünde darin, "daß wir uns bewähren". Wenn der Patient ein schlechtes Gewissen erlebt, versucht er, den Gründen durch Nachdenken auf die Spur zu kommen. Er ist trotz einer Reihe von Hobbies, die er mit anderen gemeinsam ausübt und obwohl er bestimmte Formen von Geselligkeit schätzt (bei denen er sich "dazu passend" verhalten würde), eher isoliert.
So glaubt er nicht, daß man sich ihm gerne anschließt, dies lehnt er auch ausdrücklich ab - er wolle "kein Rudel um sich herum". Was ihn seine Mitmenschen so bedrängend erfahren läßt, sagt er nicht. Nur in wenigen Situationen ist er sich sicher, daß er seine Meinung zur Geltung bringen kann, etwa bei Untreue in Partnerbeziehungen; er würde sich dann aussprechen. Der Verzicht auf Meinungsäußerung, den er offenbar öfter leisten muß, fällt ihm schwer, dies sagt er ausdrücklich. Ob dieses Nicht-Dürfen seiner Innenwelt entstammt, inneren Richtlinien oder Ängsten, oder äußeren Verboten, bleibt ungeklärt. Von eigenen Zielen oder Plänen spricht er so gut wie gar nicht.
Eine Bindung an besondere Personen wird nicht erwähnt - obwohl die Beziehungen zu Tante und Freundin "vertrauensvoll" und "optimal" genannt wurden. Die Bindung des Patienten an Ordnungen ist nicht das Ergebnis von eigenen Erfahrungen und Gedankenabläufen, er übernimmt und befolgt vielmehr Regeln, die seiner Umgebung selbstverständlich sind. Widersprüchliches, das zum Hinterfragen auffordern würde, sieht er nur sehr begrenzt.
Der Patient bewältigt durch Hinnahme, durch Nicht-Festlegen, gewissermaßen Anpassung unter zeitweiligem inneren Protest, und hält sich an Maximen, die mit diesem Verhalten übereinstimmen, aber seinen Bedürfnissen oft nicht gerecht werden oder diese verstellen. Damit kommt es zu einer Abkehr von seinen eigenen Gedanken und Empfindungen, was die Möglichkeit einer aktiven Problemlösung noch weiter ausschließt.

ZEIT:

Es sind - wie auch bei den anderen Patienten - keinerlei Zukunftsperspektiven auszumachen. Fragen nach Erwartungen im Leben beantwortet der Patient nicht. Eigene Ziele und Pläne stünden im Konflikt mit der weitgehenden Anpassung, außerdem würde dann etwas notwendig, was dem Patienten besonders schwer fällt, nämlich das Treffen von Entscheidungen. Daß ihm die Fähigkeit dazu häufig mangelt, ist dem Patienten nicht bewußt. Wie er sich im Vergleich zu anderen sieht, wird nicht deutlich, zugedeckt durch sein starkes Verlangen nach Normalität. Ordnung versperrt ihm auch hier die Erfahrung. Eine wesentliche Zeiterfahrung machte der Patient in seiner Erkrankung: seine Probleme wurden ihm von Tag zu Tag größer, er fühlte sich fremd, nicht mehr derselbe in der Zeit. Er bleibt immer wieder in Zweifel und Reflexion gefangen.
Obwohl er keinen Zusammenhang zwischen seiner Krankheit und seiner Lebensgeschichte sieht, meint er, das Kranksein sei durch eigenes Fehlverhalten entstanden. Verantwortung erlebt er nicht im Sinne der Verursachung, sondern im Sinne des "man muß", als Pflicht. Er hält sich in Beruf und Familie für verantwortungsbewußt. Eltern und Geschwistern fühlt er sich verpflichtet - "weil sie viel Gutes getan haben".
Mit seiner Lebensgeschichte setzt der Patient sich nicht auseinander, es werden weder Vorwürfe noch Verzeihen deutlich. Fühlt er sich von Verantwortung übermäßig belastet, meint er, ablehnen, diese zurückweisen zu können.
Träume von der Vergangenheit spielen keine Rolle, der Patient trennt Gegenwart und Vergangenheit gar nicht deutlich. Er empfindet Vertrauen, jedenfalls gegenüber einem Menschen. Die Fragen nach langjährigen Bindungen in seinem Leben verneint er dennoch.
Ein Bewältigen zeichnet sich nicht ab; die vorangehenden Modi werden nur rudimentär erlebt.

LEIB:

Die Antworten in diesem Bereich sind wie auch die zu den anderen Strukturen gekennzeichnet nicht nur durch Knappheit, sondern auch das Bemühen, nichts Regelwidriges zu erleben oder zumindest anzugeben, sondern ausschließlich "Normales". Sein Erleben erscheint dadurch eng, fast dumpf.
Die Einstellung des Patienten zum Leib ist sportlich - "muß funktionieren". Er nimmt keine besonderen gesundheitlichen Rücksichten, plädiert für Abhärtung durch Sport, ißt gern abwechslungsreich. Angst und Niedergeschlagenheit, Aggression und Eifersucht "muß man überwinden können". Seine Einstellung zur Sexualität ist positiv. In der Krankheit erlebt er Einsamkeit, Hilflosigkeit, Fremdheit. Er versucht, dies durch Medikamente und Ablenkung in den Griff zu bekommen.

Er vergleicht sich nicht mit anderen, findet sich "weder schön noch häßlich". Begeisterung kennt er für Musik. Ob er Haß, den er empfindet, ausdrückt, kommt wieder drauf an.
Die Grundstimmung des Patienten erscheint eher stumpf-gleichmäßig. Emotional teilt er sich kaum mit. Sexuell scheint er trotz eher restriktiver Erziehung kommunizieren zu können.

Er meidet affektive Auseinandersetzungen. Negative Gefühle werden z.T. gar nicht zugelassen (auch deshalb in der Krankheit, als sie überwältigend wurden, so bedrohlich erlebt), z.T. sofort in Zucht genommen - "man muß damit fertig werden".
Die Lücken im Erschließen und Auseinandersetzen machen dem Patienten eine personale Bindung schwer. Am ehesten gelingt es ihm im Erotisch-Sexuellen.
Als Mittel der Bewältigung nennt der Patient Ablenkung und Medikamente. Deutlich ist eine Tendenz zur Selbstanklage.

LEISTUNG:

Der Patient konnte sich für seinen Beruf frei entscheiden; er steht positiv dazu. Erfolg im Beruf freut ihn, "ist schön", Fragen nach Konflikten zwischen Pflicht und Neigung beantwor-

tet er nicht. Mit lästiger, aber notwendiger Arbeit wird er nicht recht fertig, wenn ihm Arbeit über den Kopf wächst, weiß er sich keinen Rat. Er nennt eine ganze Anzahl von Freizeitbeschäftigungen.
Es ist nicht zu erfahren, wie er seine Leistung im Vergleich mit anderen sieht, auch nicht, ob er sich manchmal eine andere Tätigkeit vorstellt. Der Patient scheint auch im Bereich Leistung bestrebt, seine Norm zu erfüllen. Obwohl er Aufstiegsmöglichkeiten sieht, kann man nicht von Ehrgeiz sprechen, es ist eher ein Geschehen-Lassen.
Konflikte mit anderen Menschen im Leistungsbereich erwähnt der Patient kaum, dagegen sein Bestreben, hinter der eigenen Leistungsnorm nicht zurückzubleiben - "man muß es schaffen". Er fühlt sich, wohl ohne sich dessen bewußt zu sein, einem hohen Leistungsideal verpflichtet, weniger in dem Sinne, daß er besondere Fähigkeiten entwickeln oder Ziele verfolgen möchte, er ist vielmehr bestrebt, tadellos, frei von Fehlern, Versagen und Irrtümern zu leisten. Das schließt ein, daß er eine Leistungskonstanz von sich erwartet.
Es zeichnet sich in den Antworten kein Weg ab, wie der Patient handelnd oder verzichtend mit Scheitern fertig würde. Zwar sagt er, bei zu viel Verantwortung könne er ablehnen, aber das scheint für den beruflichen Bereich nur bedingt zu gelten. Das erste ernstliche Versagen, daß der Patient empfand, stand am Beginn seiner Erkrankung: er bekam bei der Bundeswehr einen Auftrag, den er als riesenhaft und überfordernd ansah. In dieser Situation standen ihm keine Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung.

VERGANGENHEIT:

Der Patient erlebt nur andeutungsweise eine Vergangenheit, die klar abgegrenzt wäre von der Gegenwart. Seine Antworten zur Vergangenheit sind spärlich.

RAUM:

Der Patient verlebte eine, wie er sagt, abwechslungsreiche Kindheit in ländlicher Umgebung. Die gesellschaftliche Stel-

lung seiner Eltern fand er "vorbildlich". Andere vorbildhafte Menschen, die er nicht im einzelnen benennt, waren "für Recht und Gerechtigkeit". Eine enge Bindung bestand an eine Tante. Die Erziehung war streng, man hielt besonders auf Ordnung und Pünktlichkeit. Sonst gab es keine verbindlichen moralischen Grundsätze. Es war alles "normal" und "in Ordnung".

Gegensätze und Widersprüchlichkeiten nahm der Patient in dieser Umwelt nicht wahr.
Es ist nichts darüber zu erfahren, ob er sich erschließen konnte; seine heutigen Kommunikationsmöglichkeiten sprechen dagegen.
Mehrere Fragen, die auf Konflikte zielen, werden nicht beantwortet. Enttäuschungen, Ungerechtigkeiten, Versagen, Abweisung: der Patient setzte sich damit nicht auseinander, sondern pflegte sich abzufinden. Er wollte den Erwartungen anderer entsprechen.
Obwohl der Patient meint, sich von zuhause gelöst zu haben, hat er bis jetzt weder einen eigenen Lebensraum noch eigene Überzeugungen gefunden. Langjährige Bindungen oder besondere Trennungserlebnisse nennt er nicht.
Andere Bewältigungsstrategien als das Abfinden werden nicht deutlich. Das Konflikterleben ist eingeschränkt.

ZEIT:

Bei dieser Struktur ist es unmöglich, die einzelnen Modi abzugrenzen voneinander, weil Zeit in anderer Form als Verpflichtung und Verantwortung dem Patienten kaum erfahrbar ist. Er habe als Ältester mehr Aufgaben als die Geschwister. Eine Annahme selbstgewählter Sinnhaftigkeit, eigener Verantwortlichkeit kommt nicht zum Ausdruck. Eine passiv-hinnehmende Lebensauffassung bestimmte auch die Kindheit. Angesichts einer ihm ausweglos erscheinenden Situation hatte der Patient Selbstmordgedanken.

LEIB:

Auch zu diesem Bereich werden viele Fragen nicht beantwortet.

Der Patient war ein kräftiges, gesundes Kind, sportlich, eher ein Mitläufer. Die Einstellung der Erziehungspersonen zum Körper war "normal". Zu Stimmungen und Gefühlen in der Kindheit nimmt der Patient nicht Stellung. Er war ein neugieriges Kind. Erste sexuelle Erlebnisse waren mit Schuld verbunden. Aufklärung "kam mit zunehmendem Alter"; wie er sie erlebt hat, sagt der Patient nicht.
Der Modus des Erschließens blieb dem Patienten weitgehend unerfahrbar. Er war schüchtern. Zärtlichkeiten gab es zuhause nicht, und er suchte sie auch nicht.
Auseinandersetzen konnte er sich im sportlichen Bereich. Auf Einengung habe er "betroffen" reagiert. Über Binden/Lösen und Bewältigen ist keine Aussage zu machen. Der Patient spricht von nicht näher erläutertem Abfinden und Fertigwerden.

LEISTUNG:

Der Patient hat hinsichtlich der Leistung keine Erinnerung an seine frühe Kindheit. Er scheint zu gründlicher, exakter Tadellosigkeit erzogen worden zu sein, ohne besondere Bewertung einzelner Leistungsbereiche. Für sich selbst hat der Patient - außer dem Sport - kein eigenes Leistungsfeld entdeckt, zumindest bis zum Beginn der Lehre. Mit Schulbildung und Beruf war er einverstanden, er konnte selbst wählen. Nennenswerte Leistungsschwierigkeiten gab es in der Vergangenheit nicht. Der Patient war nicht ehrgeizig; mit Scheitern kam er "mittelmäßig" (heute schlecht) zurecht.

Zusammenhang:

Der Patient lebt auch in der Gegenwart noch ganz in dem Raum, der Ordnung und Orientierung seiner Kindheit. An diesen Raum bleibt er - seiner aktuellen Situation nicht mehr angemessen - selbstverständlich gebunden, ohne bemerken zu können, daß seine Kommunikationsmöglichkeiten dadurch sehr eingeschränkt werden. So wie er eine Vergangenheit von der Gegenwart nicht abgrenzen kann, weil er noch ganz in ihr gefangen ist, hat er auch keine Zukunftsper-

spektiven. Er spürt sich nicht als Werdenden. Zeiterleben ist ihm vor allem über Pflicht und Verantwortung erfahrbar. Er stellt sich in der Struktur Zeit überwiegend im Erkunden und Entdecken dar. Seine Einstellung zum Leib ist sportlich-funktional. Seine Sexualität kann er positiv erleben, zu seinen Gefühlen, Stimmungen, Affekten findet er wenig Zugang. Ohne daß es zunächst möglich ist, festzustellen, was ihm das Entdecken und Erschließen seiner Leiblichkeit erschwert hat, läßt sich doch sagen, daß sein Festgelegt-Sein auf enge Normen - "man muß", "muß man überwinden" usf., also die Hypertrophie räumlicher Elemente, scheinbar für alle Zeiten gültig, im Konflikt steht mit dem immer fluktuierenden, dem Wandel unterworfenen leiblichen Erleben. Damit im Zusammenhang steht, daß er sich als Zentrum einer eigenen Erlebnis- und Gefühlswelt recht eigentlich noch nicht entdeckt hat, was aber die Voraussetzung für eine genuine Zeiterfahrung wäre. Leistung dagegen ist ihm eminent wichtig, er beurteilt sein Leben danach. In der Leistung sieht er zwar eine Möglichkeit, seine eigenen Fähigkeiten auszudrücken, aber auch in diesem Bereich verlangen seine Normen vor allem eine Anpassung an die Erwartungen der Umwelt. So kam es zum Konflikt, als er meinte, gleichzeitig verschiedenen Erwartungen gerecht werden zu müssen. Er fand sich mit einem Befehl konfrontiert, den er für unausführbar hielt, ohne die Chance, diesen Auftrag zurückzuweisen oder zu modifizieren. Man erwartete von ihm Selbstbehauptung und Verantwortlichkeit in einer Situation, in der er nach seinem Ermessen zum Scheitern verurteilt war. Der Patient, der so sehr auf Anpassung festgelegt ist, hat wenig Möglichkeiten, einen ihm unbekannten Raum zu strukturieren, was allein ihm erlaubt hätte, den Konflikt zu bewältigen, in dem er schließlich erkrankte. Sein Ideal, "ein Lebenskünstler" zu sein, "das Leben mit all seinen Freuden und Schmerzen" zu meistern, steht im Widerspruch zu seiner mangelnden Möglichkeit, sich einen weiteren Lebensraum zu erobern, sich auseinanderzusetzen, aber auch zu seiner inneren Forderung, alles tadelsfrei und funktionierend

erledigen zu müssen.
In der Vergangenheit dagegen war der Patient an die Forderungen seines Lebensraumes angepaßt, Einschränkungen im leiblichen Bereich wurden aufgefangen durch Leistung-Orientierung.
Die in der Vergangenheit bewährten kompensatorischen Erweiterungen reichten in einer neuen Lebenssituation nicht nur nicht aus, sondern wurden sogar hinderlich. Neue Modi des Erlebnisvollzuges bildeten sich nicht, die für den Patienten so wichtige Anpassung mißlang.

7.5 Patientin D. T.

Die 50 jährige verheiratete Patientin nannte bei der Aufnahme als Grund für ihre Erkrankung, sie habe über mehrere Jahre ihre schwer krebskranke Schwiegermutter pflegen müssen und habe sich dadurch so verausgabt - nicht zuletzt auch durch die ständige Unzufriedenheit ihres Pfleglings, einer robusten und harten Frau - daß sie zwei Monate nach dem Tode der Schwiegermutter einen "Nervenzusammenbruch" erlitten habe. Ganz plötzlich sei eine Vielfalt von Beschwerden aufgetreten: "Als wenn die Nerven tobten, auch der Rücken, meinte ich, wäre wund, Herzbrennen, das wunde Herz." Hitzewallungen und Kribbeln in den Beinen seien dazugekommen, ihr Allgemeinbefinden habe sich verändert, sie habe sich matt, abgeschlagen, hoffnungslos und ängstlich gefühlt, besonders morgens, habe unter mangelndem Appetit und Schlafstörungen gelitten. In der Folgezeit habe sie eine ganze Reihe von verschiedenen Psychopharmaka eingenommen, habe aber letztlich kein Präparat vertragen, immer sei sie unerträglich unruhig geworden. Eine bestimmte Medikamentenkombination habe dann eine sofortige Besserung erbracht, die allerdings nur ein halbes Jahr angehalten habe. Als sie an einer Nierenbeckenentzündung erkrankt sei, habe sich ihr Befinden wieder sehr verschlechtert. Drei Monate später kam die Patientin in die Klinik.
Die Patientin schilderte ihre zahlreichen Mißempfindungen

ausführlich und untermalte ihre Beschwerdeschilderung mit lebhaften Gesten. Sie wirkte bedrückt, agitiert und vor allem sehr geängstigt, auch anklammernd. Sie brachte die Überzeugung zum Ausdruck, für sie würde es wohl keine Hilfe geben.

An bisherigen körperlichen Erkrankungen ist erwähnenswert eine rezidivierende Pyelonephritis, erstmals während einer Schwangerschaft aufgetreten und eine beginnende Herzinsuffizienz, ein Jahr vor Klinikaufnahme internistisch festgestellt. Beginn der Menopause mit 49 Jahren, bis dahin unauffällige Zyklen, auch keine perimenstruellen Verstimmungen.

Eine Schwester der Mutter soll häufig unter depressiven Verstimmungen gelitten haben.

Die Patientin wuchs als Zweitälteste von neun Kindern auf. Der Vater war Schreiner, die Mutter mit der Besorgung des großen Haushalts beschäftigt. Die Patientin habe zu beiden Eltern eine gute Beziehung gehabt. Sie erinnerte sich, schon immer ängstlich und im Kreise der Geschwister zurückgezogen gewesen zu sein. Mit Ausnahme einer schweren Lungenentzündung, die sie im Kleinkindalter durchgemacht habe, sei sie in den ersten Lebensjahren niemals ernstlich krank gewesen. Die Schule habe ihr keine besondere Mühe bereitet. Sie habe immer ein großes Interesse an hausfraulichen Tätigkeiten gehabt und nach Volksschulabschluß zunächst einige Jahre zuhause gelebt, um ihre Mutter, die sie als ruhig und geduldig charakterisierte, zu unterstützen. Mit Anfang Zwanzig habe sie ihren Eltern nicht länger zur Last fallen wollen, auch ein Bedürfnis nach größerer Unabhängigkeit empfunden und sei deshalb in eine Fabrik zur Arbeit gegangen. Die Tätigkeit dort habe ihr wenig zugesagt, sei monoton und belastend gewesen, auch ein Arbeitsplatzwechsel habe keine Besserung erbracht. Die Patientin sei dann zum ersten Mal in ihrem Leben in eine schwere Verstimmung, Müdigkeit und Apathie geraten, habe kaum mehr essen können und habe sich völlig erschöpft und hoffnungslos gefühlt.

Mit 29 Jahren heiratete die Patientin einen Witwer, dessen Frau, eine entfernte Verwandte der Patientin, bei der Geburt ihres zweiten Kindes verstorben war. Das Kind hatte überlebt, war aber schwer behindert und wurde von der Patientin bis zu seinem Tode einige Jahre später gepflegt. Die Ehe mit dem ruhigen und fürsorglichen Mann, einem Angestellten, schilderte die Patientin als harmonisch. Allerdings litte sie unter der häufigen berufsbedingten Abwesenheit ihres Mannes. Das Ehepaar lebt in guten wirtschaftlichen Verhältnissen. Eine Tochter wurde fünf Jahre nach der Heirat geboren. Während der Schwangerschaft habe die Patientin unter häufigem Erbrechen gelitten, eine Nierenbeckenentzündung sei komplizierend hinzugekommen. Die Tochter habe sich gut entwickelt, sie ähnele der Patientin in ihrem Wesen, sei ebenfalls zurückgezogen und häuslich. Schwierig sei schon immer das Auskommen mit der Schwiegermutter gewesen, die wenige Jahre nach der Heirat mit ins Haus gezogen sei. Die Patientin habe viel einstecken müssen, sich auch nicht zu wehren vermocht. Sie sei von jeher sehr gewissenhaft gewesen und bereit, Verantwortung bis zur Überlastung zu übernehmen. Sie könne sich nichts gönnen. Es wurde die Diagnose einer vegetativen Depression mit hypochondrischen Ängsten gestellt.
Nach wenigen Wochen vorwiegend medikamentöser Therapie, kam es zu einer stabilen Besserung.

GEGENWART:

RAUM:

Der Lebensraum der Patientin ist im wesentlichen beschränkt auf die engen familiären Bindungen und gutnachbarschaftlichen Beziehungen. Sie wartet im allgemeinen, daß andere Leute auf sie zukommen. Sie braucht und schätzt Gleichmaß und Ordnung in ihrer Umgebung. Probleme werden - außer ihrer labilen Gesundheit - nicht angesprochen, gehen ihr aber lange nach. Sie hält es für möglich, mit der Umwelt ohne Streit auszukommen, bei Konflikten neigt sie zur Vorsicht oder zum Sich-Heraus-

halten. Sich anzupassen, erscheint ihr im allgemeinen das Klügste. Sie glaubt, daß man sie für liebenswert hält, findet sich dennoch, so lange sie denken kann, ängstlich, gehemmt und minderwertig, ohne zu entdecken, in welcher Beziehung. Hochnäsigkeit, Arroganz und Sich-Gehen-Lassen mißbilligt sie besonders. Sie verurteilt auch wiederholten Meinungswechsel. Hier deuten sich Konflikte an, denn Anpassung und unveränderte Meinung sind nur in einer stets gleichbleibenden Umgebung möglich. Sie glaubt an Gott und eine ausgleichende Gerechtigkeit, nimmt auch an, daß es Sinn habe, sich für eine Ordnung einzusetzen.
Entdecken von Neuem spielt in der Lebensführung der Patientin so gut wie keine Rolle. Widersprüchliches, Gegensätzliches entdeckt sie bei sich selbst wie auch bei anderen selten. Weltanschauliche Zweifel und Konflikte deutet sie an. Sie glaubt, nur manchmal von anderen für wichtig genommen zu werden. Vergleiche mit anderen geraten stets zu ihrem Nachteil.
Die Patientin kommuniziert so gut wie ausschließlich mit ihrer Familie, sie scheint damit auch zufrieden zu sein, es entspricht ihren Vorstellungen. Anderen wie auch sich selbst gegenüber erschließt sie sich allenfalls als vorsichtig und gehemmt, manchmal deprimiert. Zusammenhänge zwischen Beobachtetem stiftet sie kaum, es wird ihr durch ihre Prinzipien unmöglich gemacht, z.B. durch ihre Anpassungsforderung, die eigenes Erleben ganz in den Hintergrund drängt.
Eigene Ziele werden kaum erwähnt. Ihr Verhalten ist durch Rückzug, Heraushalten, Schlichten geprägt, allenfalls durch deutliches Formulieren einer ihrer Maximen - so, wenn sie sagt, daß sie prinzipiell gegen jede Untreue ist.
Einen Weg der Auseinandersetzung sieht sie nicht, stattdessen fühlt sie sich bei Streitigkeiten schlecht, reagiert u.U. auch körperlich. Obwohl sie Streit ablehnt, ihr Nicht-Können dabei auch ideologisiert, hat sie manchmal Angst, andere zu schädigen; so muß sie spüren, daß sie nicht nur von wohlwollender Zustimmung geprägt ist.

Die Patientin lebt in enger Bindung an Ehemann und Kind. In jedem Fall hielte sie zu einem Menschen, für den sie sich einmal entschieden hat, auch wenn er es nicht wert wäre. Abhängigkeit empfindet sie dabei nicht. Das enge Gebunden-Sein an Überzeugungen, die schon im Elternhaus herrschten, ist ein fragloses Festhalten ohne stattgehabte Auseinandersetzung.
An Möglichkeiten der Bewältigung zeichnet sich wenig ab: Trost in der Religion, Glaube an ausgleichende Gerechtigkeit, körperliche Schonung, begrenzt auch aktives Herstellen der Ordnung, die Sicherheit gewährt.

ZEIT:

Eine Abgrenzung verschiedener Zeitabschnitte ist kaum erkennbar. Obwohl die Patientin sagt, daß sie Veränderungen wahrnimmt, wirkt ihr Erleben zeitlos-gleichmäßig. Die Patientin nennt keinerlei Zukunftsperspektiven, die Zukunft erscheint überwiegend negativ und bedrohlich. Deutlicher nimmt sie Vergangenes wahr, die Veränderung, die in ihrem Leben mit der Eheschließung eintrat, mit der Erkrankung einsetzte. Die Zeit erscheint ihr manchmal als Hilfsmittel, mit "schlechten" Empfindungen wie Haß fertigzuwerden, im Vergessen. Es ist nicht erkennbar, daß sie ihr Leben ändern möchte.

Als verantwortlich erlebt sie sich im Bereich ihrer Familie; Verantwortung für Eltern und Geschwister fühle sie nicht mehr. Sie wünscht, sich erschließen zu können; so stellt sie sich eine Freundschaft - die sie nicht hat - als volles gegenseitiges Vertrauen vor.
Eine Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte findet nicht statt - auch, weil die Patientin keinen Zusammenhang zwischen ihrem Herkommen, ihrer Geschichte und ihrem jetzigen Befinden sieht. Es wird keine sich entwickelnde, sich erstreckende Zeitlichkeit wahrgenommen.
Die Patientin sagt, sie habe keine langjährigen Bindungen in ihrem Leben gehabt, die Ehe nimmt sie offenbar von dieser Frage aus. An die Grundsätze, die in ihrem Elternhaus eine ge-

wichtige Rolle spielten - Fleiß, Ordnung, Ehrlichkeit, Religion - ist sie bis heute gebunden und bewältigt damit auftauchende Konfliktsituationen. Grübeln, Vergangenheitsträume treten nicht in Erscheinung.
Schuldgefühle werden nicht genannt (jedenfalls nicht ausdrücklich und unter dieser Bezeichnung). Altern taucht nicht als zu bewältigendes Problem auf.

LEIB:

Die Patientin beachtet ihren Körper wenig, außer im Zusammenhang mit der Krankheit. Sie lebt gesund, hält vor allem viel Ruhe für wichtig. Ihre Angaben zur Sexualität sind sehr sparsam. Es liegt die Vermutung nahe, daß es ihr Mühe macht, sich zu diesem Bereich zu äußern. Sexuelle Probleme könne sie mit ihrem Mann gut lösen, man würde darüber sprechen. Andererseits schreibt sie, Geschlechtsverkehr "war" für sie ein schönes Erlebnis, ohne nähere Erklärung. Die Summe ihrer Äußerungen: "Da ist bei mir alles normal".
Sie erwähnt mehrfach ihre seit der Kindheit bestehenden Minderwertigkeitsgefühle - bezogen auf Aussehen und Leistung. Sie erlebt sich als wechselnden Stimmungen ausgesetzt, versucht aber, ihre Umgebung diese Schwankungen nicht spüren zu lassen, sich zu beherrschen, nicht launisch zu sein. Bei Aufregung, Ärger, Wut reagiert sie mit Herzklopfen. Schnelle Begeisterung ist ihr fremd, ebenso Impulse, etwas Verbotenes zu tun. Insgesamt sind ihre Affekte sehr gesteuert, außer in der Krankheit.
Ihre Grundstimmung ist ängstlich-gehemmt, stabil, solange ein enges Gleichmaß nicht erschüttert wird. Mehrfach betont sie ihre Passivität, daneben ihren Wunsch nach Anpassung. Emotional-erotisch kann sie mit ihrer näheren Umgebung kommunizieren, solange Passivität und Anpassung möglich sind und keine aggressive Komponente störend ins Spiel kommt. Aggressives vermeidet sie selbst zu denken, das Bestreben, trennende Regungen nicht aufkommen zu lassen, behindert ihren emotionalen Austausch.
Sie meint, krank geworden zu sein, weil wenig robuste Ver-

anlagung und Überforderung zusammenkamen.
Die Patientin erscheint bindungsfähig, wobei in ihrem Verständnis von Bindung Stetigkeit, Gewöhnung, Verantwortung die wichtigsten Charakteristika sind.
Als Mittel, Konflikte innerhalb der Struktur Leib zu bewältigen, nennt die Patientin neben dem schon Geschilderten "Auflehnen" und ärztliche Hilfe.

LEISTUNG:

Die Patientin beantwortet eine ganze Reihe leistungsbezogener Fragen nicht, wohl, weil sie ihre Tätigkeit als Hausfrau mehr als selbstverständliche Pflichterfüllung ansieht, nicht so sehr als Ausdruck auch eigener Fähigkeiten und Möglichkeiten. Dennoch bejaht sie ihre Arbeit; sie erfüllt ihre Aufgaben gewissenhaft, gründlich und zuverlässig. Besondere Interessen und Hobbies hat sie nicht, als Freizeitbeschäftigungen nennt sie Ausruhen und Spazierengehen.
Konflikte zwischen Pflichten und Bedürfnissen gäbe es nicht - die Patientin nennt auch gar keine eigenen Wünsche. Lästige, aber notwendige Arbeit kann sie gut bewältigen. Wird das Arbeitspensum zu groß, weiß sie sich keinen Rat mehr, wird "nervös". Ihre Leistungsfähigkeit wechselt mit der Stimmung, manchmal kommt es dazu, daß sie auch Notwendiges nicht mehr erledigen kann, weil sie sich niedergeschlagen fühlt.

Die Patientin stellt, ohne dies zu merken, hohe Ansprüche an ihre Leistung, eine solche Haltung ist ihr selbstverständlich. Dabei läßt sie sich weniger von eigenen Plänen und selbstgesteckten Zielen bestimmen als von dem, was auf sie zukommt und dann eben erledigt werden muß.

VERGANGENHEIT:

RAUM:

Über den Raum ihrer Kindheit äußert die Patientin sich sehr zurückhaltend: "christliches Haus, gute Sitten, gute Moral". Die Grundsätze, die zuhause herrschten - Ordnung, Pünktlichkeit, Gerechtigkeit - bejahte sie. Vorbilder werden nicht er-

innert. Verbote wurden "geduldig ertragen", mit Versagungen und Abweisungen, die sie nicht näher erläutert, fand sie sich ab. Es gab weder eine besondere Verwöhnung noch eine Förderung. Während der Schulzeit erlebte sie Angst.

Besondere Gegensätze gab es für die Patientin innerhalb ihres Lebensraumes nicht. Zuhause ging es einheitlich zu, andere Sitten, die sie außerhalb bemerkte, lehnte sie ab. Ab etwa dem 20. Lebensjahr habe sie sich eine eigene Orientierung aufgebaut. Als wichtigstes positives Erlebnis in der Vergangenheit wird die Heirat genannt.
Die Patientin hatte Freundinnen. Sie war eher schüchtern, beherrscht, eine Mitläuferin. Der Modus des Erschließens fehlt weitgehend.
Konflikte, die nicht näher erläutert werden, gab es mit den Geschwistern. Statt zur Auseinandersetzung neigte die Patientin zu Abfinden und Anpassung, Verhaltensweisen, die ihr auch heute in besonderer Weise eigen sind und ihr bis heute zur Bewältigung dienen. Eigenes Wollen erlebte sie selten; die Patientin entwickelte vielmehr eine große Bereitschaft, Pflichten zu übernehmen.
Von besonderen Trennungserlebnissen ist nicht die Rede, allerdings litt sie unter Heimweh.

ZEIT:

Schon als Kind übernahm die Patientin bereitwillig Verantwortung. Später pflegte sie ein behindertes Stiefkind, Mutter und Schwiegermutter, deren Leiden und Sterben sie sehr mitnahm - "deprimierte".
Sie fühlte sich, da sie sich in ihrer Leiblichkeit als störbar erlebte, früh für ihre Gesundheit verantwortlich.
Über einen eigenen Lebenssinn dachte sie nicht nach. In der Depression tauchten Selbstmordgedanken auf.

LEIB:

Die Patientin war als Kind selten krank, erlebte ihr Kranksein dann als Belastung. Nach ihren Lieblingsspielen zu urteilen, muß sie motorisch geschickt gewesen sein. Sie war in

ihren Gefühlen sehr beherrscht, kann sich an intensive Emotionen nicht erinnern.
Mit ihrem Aussehen war sie unterschiedlich zufrieden. Das Gefühl, schön zu sein wechselte ab mit tiefen Minderwertigkeitsgefühlen. Den Unterschied der Geschlechter entdeckte sie sehr spät - im 13. Lebensjahr. Sexuelle Beziehungen werden so knapp geschildert, daß zu folgern ist, die Patientin möchte darüber nichts sagen oder hat keine Worte dafür. Beredter wird sie in der Beschreibung ihrer körperlichen Symptomatik.
Die Patientin erschließt sich auch innerhalb dieser Struktur kaum. Sie erwähnt Angst vor dem Versagen in der Schule und den Mangel an Zärtlichkeit in ihrem Elternhaus.
Die Modi Auseinandersetzen und Binden/Lösen tauchen nicht auf.
Körperliche Störungen bewältigte die Patientin, indem sie Hilfe bei Ärzten suchte, sich zusammennahm, Disziplin beachtete, später sich Schonung gewährte, also Ruhe einhielt und Aufregungen vermied.

LEISTUNG:

Diesbezügliche Erinnerungen an die frühen Kindheitsjahre fehlen. Die Patientin schildert sich nicht als ehrgeizig, wenngleich sie Angst vor dem Versagen hatte. Lieblingsfächer gab es nicht, Außerschulisches scheint nicht wichtig gewesen zu sein. Auf ihre Schulleistungen reagierte man zuhause positiv, die Patientin konnte sich für ihre Schulbildung frei entscheiden, wie sie meint.
Sie mußte zuhause frühzeitig selbständig Aufgaben übernehmen, was sie gern tat.
Die folgenden Modi - von Erschließen bis Bewältigen - sind nicht nachweisbar. Da wenig eigenes Wollen erlebt wurde, spürte die Patientin auch keine Konflikte zwischen Wollen und Können (außer in ihrer Angst vor schulischem Leistungsversagen). Ganz bestimmend war auch in der Kindheit das fraglose Gebundensein an Pflichten.

Zusammenhang:

Der Lebensraum der Patientin heute ist eingeengt. Widersprüche und Konflikte läßt sie nicht aufkommen, selbst wenn sie sie gelegentlich vage spürt.
Sie meidet neue Begegnungen und Erfahrungen. Die ihr gewohnte Ordnung ist sie bestrebt aufrechtzuerhalten. Sobald ihr das nicht mehr gelingt, reagiert sie mit Überforderung und körperlichen Störungen.
Ihre Orientierung erlaubt ihr eigentlich nicht, ihrem körperlichen Erleben viel Aufmerksamkeit zu schenken, aber in Verantwortung für ihre Gesundheit gestattet sie sich Schonung und Ruhe. Diese zaghaften Ansätze zur Verwöhnung tragen den Anstrich der Pflicht. Zu ihrer Sexualität äußert sie sich wenig. Bindung und Nähe scheint ihr wichtiger zu sein.
Das Bewußtsein für eigene Zeitlichkeit, für Veränderung und Wandel fehlt der Patientin weitgehend. Sie erlebt sich als stets gleichbleibend, nur von Schwankungen ihrer körperlichen Befindlichkeit sieht sie dieses Gleichmaß bedroht. Es ist weniger so, daß sie ihre Zeit gestaltet, mehr läßt sie sich von ihren jeweiligen Pflichten und Aufgaben bestimmen. Diese Haltung kennzeichnet auch ihr Verständnis von Arbeit und Leistung.
Auch in der Vergangenheit überwogen die Strukturen Raum und Leistung. Die Patientin paßte sich übermäßig von außen erhobenen Forderungen an, ihre Leiblichkeit weitgehend unterdrückend. Sie erlebte auch früher Zeit nicht als eigene. Die Übernahme von Aufgaben im Elternhaus war für die Patientin zunächst ein Weg, ihre eigenen Fähigkeiten in übereinstimmung mit der Orientierung im Elternhaus auszudrücken, später blieb sie aber an diese Form des Tätigseins, die immer mehr kompensatorischen Charakter annahm - weil viele andere Lebensbereiche nicht zur Entfaltung kamen - gebunden. Zur ersten körperlichen Dekompensation kam es, als die Patientin gleichzeitig Lebensraum und gewohntes Arbeitsfeld verließ, um größere Unabhängigkeit, der sie aber keinen eige-

nen Inhalt geben konnte, zu erlangen. Mit Rückkehr in ein familiäres Umfeld und gleichzeitige pflegerische Tätigkeit für andere - analog den Verhältnissen in der Kindheit - stabilisierte sich ihr Befinden. Die Dekompensation in der depressiven Erkrankung erfolgte, nachdem die Patientin ihrer bestimmenden Kompensationsmöglichkeit beraubt war und sich ohne einen eigenen Lebenssinn und eigene Ziele, die sie nicht hat entwickeln können, vorfand. Zur Erschöpfung der Patientin, die den Boden vorbereitete für ihre depressive Erkrankung, dürfte beigetragen haben ihre widersprüchliche Einstellung gegenüber der Person, die sie zuletzt zu pflegen hatte: die Orientierung der Patientin und ihr Leistungsverständnis geboten eine selbstverständliche und sorgfältige Betreuung, die Patientin verspürte aber gleichzeitig Abneigung und Ärger, ohne diese Gefühle ausdrücken und damit umgehen zu können, auch weil sie ihren Prinzipien (Anpassung, Vermeiden von Streit) zuwider gewesen wären. Die Patientin konnte sich weder mit ihren inneren Geboten auseinandersetzen, diese möglicherweise ändern noch in ein Entdecken oder Erschließen ihrer widerstreitenden Gefühle eintreten. Ihr Gebundensein in der Orientierung verhinderte beides (Konflikt Raum/Leib). Wieder ergibt sich eine "Hypertrophie" räumlichen Festgelegt-Seins, die sich durch die gesamte Biographie der Patientin zieht.

7.6 Patientin R. A.

Die 25 jährige kleine, blasse Asthenika hatte bei der Aufnahme sichtlich Mühe, ihre Befindlichkeitsstörungen zu schildern. Auch auf einfache Fragen konnte sie erst nach langen Pausen antworten, mit leiser, monotoner Stimme. Ihre Angaben machte sie präzise, jeden Satz sorgsam prüfend. Sie war in bedrückter Stimmung, ihre Äußerungsfähigkeit war verbal und auch motorisch durch eine depressive Hemmung eingeschränkt. Sie bewegte sich vorsichtig und ängstlich.
Orientierungs-, Denk- oder Wahrnehmungsstörungen lagen nicht vor.

Ihre Beschwerden schilderte sie wie folgt:
Im Anschluß an eine Operation (Appendektomie), deren Notwendigkeit der Patientin von den Ärzten widersprüchlich begründet worden sei, habe sie sich nicht richtig erholen können. Es sei eine Relaparotomie erforderlich geworden. Vor der Narkose habe sie große Angst gehabt, weil es in ihrer Familie vor Jahren einen Narkosezwischenfall gegeben habe. Als sie wenige Wochen nach dem Eingriff wieder ihre Arbeit als MTA aufgenommen habe, sei ihr selbst und anderen aufgefallen, daß sie müde und unkonzentriert war. Sie sei in Verzweiflung geraten über dies Unvermögen, weil sie ihren Beruf liebe und auch an ihrem Arbeitsplatz durchaus zufrieden sei, wenngleich der Umgang mit so vielen verschiedenen Menschen sie ängstige. Schon in gesunden Zeiten habe sie sich manchmal überfordert gefühlt durch die Unruhe, die die verschiedenen Arbeitsabläufe in der Praxis mit sich gebracht hätten. Sie glaube, daß ihre Sprachschwierigkeiten zu ihrer Verunsicherung beigetragen hätten. Auf Anraten ihres Arbeitgebers habe sie sich schließlich in nervenärztliche Behandlung begeben.
Seit ihrer Kindheit leide sie unter Kopfschmerzen, die in unregelmäßigen Abständen mit wechselnder Lokalisation aufträten. Vor einem Jahr habe sich ein Halbseitenkopfschmerz mit Erbrechen eingestellt, ein vom Hausarzt verordnetes Medikament habe ihr sofort Erleichterung gebracht.
Mit 17 Jahren sei sie erstmals in einem Krankenhaus gewesen wegen einer eitrigen Angina, bei dieser Gelegenheit sei auch festgestellt worden, daß sie nicht genügend Magensaft produziere. An diese Mitteilung habe sie oft denken müssen, als jetzt nach der Operation Verdauungsbeschwerden aufgetreten seien. Eine nochmalige internistische Untersuchung habe keinen krankhaften Befund ergeben, ebenso wenig habe sich ihre Befürchtung bestätigt, wie schon vor einem Jahr an einer Nierenbeckenentzündung zu leiden.
Die Patientin schilderte mit Niedergeschlagenheit, innerer Unruhe bei äußerer schwerer Gehemmtheit, teilweise hypochon-

drischen Befürchtungen, deutlichen Vitalstörungen das ausgeprägte Bild einer Melancholie, wobei auch eine Tagesrhythmik deutlich wurde.

Gegenwärtige Lebenssituation:
Die Patientin kam wenige Jahre zuvor mit vieren der insgesamt sechs Geschwistern, von denen sie die Zweitjüngste ist, aus der Sowjetunion in die Bundesrepublik. Sie lebt mit Eltern und einer vier Jahre jüngeren Schwester in einer Mietwohnung. Ein verheirateter Bruder lebt in der Nähe. Die Patientin hat einen wenig älteren Freund, ebenfalls aus der Sowjetunion ausgesiedelt, der etwa alle drei Wochen zu Besuch kommt. Das Verhältnis ist gut, man will in nächster Zeit heiraten. Während der Ausbildung, vor einem Jahr abgeschlossen, habe sie auch Freundinnen kennengelernt, die sie gelegentlich sähe. Die Freizeit verbringe sie meist zuhause, helfe der etwas kränklichen Mutter oder läse. Die Familie gehört zu einer fundamentalistischen religiösen Gruppe, in der vor allem der Vater aktiv ist. Die Patientin schilderte auch ein persönliches Erweckungserlebnis - ein knappes Jahr zurückliegend - das sie in große Verwirrung gestürzt habe.

Biographischer Hintergrund:
Die Patientin wuchs im westlichen Teil der Sowjetunion auf. Die Familie ist deutschstämmig. Der Vater war Zimmermann, während des Kleinkindalters der Patientin aber als landwirtschaftlicher Arbeiter tätig. Die Patientin erinnert diese Jahre als entbehrungsreich. Kurz nachdem sie in die Schule gekommen war, zog die Familie aus gesundheitlichen Gründen (Klimawechsel) in einen weit entfernten Landesteil. Dort seien die Lebensumstände angenehmer gewesen, der Vater habe seinen ursprünglichen Beruf wieder ausüben können, auch habe man ein Haus gebaut. Die Umstellung sei der Patientin nicht schwer gefallen. In der Schule sei sie eher verschlossen gewesen, kein Gruppenmensch, habe aber immer Freundinnen gehabt, mit denen sie über alles habe reden können. Meist habe sie mit jüngeren Kindern gespielt. Als sie wie die anderen ihres Jahrgangs Mitglied bei einer kommunistischen Ju-

gendorganisation geworden sei, habe es Konflikte mit den Eltern gegeben wegen deren religiöser Orientierung. Als die Patientin 15 Jahre alt war, zog die Familie wieder in die westliche Sowjetunion (aber in eine andere Region als früher), um von dort leichter eine Genehmigung für die Aussiedlung zu erhalten. Auch dieser Umzug scheint der Patientin nicht besonders schwer geworden zu sein. Sie war eine gute Schülerin und beabsichtigte, Sprachen zu studieren und Lehrerin zu werden. Trotz guter Prüfungsergebnisse sei sie aus politischen Gründen nicht zum Studium zugelassen worden. So habe sie nach dem Schulabschluß in einer Fabrik gearbeitet, die Hektik dort habe ihr nicht gutgetan. Sie habe die Sowjetunion und ihre vertraute Umgebung ungern verlassen. Es entstand der Eindruck, daß die Patientin sich innerlich von diesem Lebensabschnitt noch nicht hat verabschieden können.
Die thymoleptische Behandlung der Patientin erwies sich als ungewöhnlich schwierig. Sie reagierte bei mehreren Präparaten mit einer ängstlichen Erregtheit bis hin zu halluzinatorischen Erlebnissen, so daß zusätzlich Neuroleptika gegeben werden mußten. Bei Wochenendbeurlaubungen war die Patientin immer wieder bedrückt durch die Atmosphäre in ihrem Elternhaus. Sie machte Pläne, ihren Arbeitsplatz zu wechseln, um nicht einer sie unnötig belastenden Betriebsamkeit ausgesetzt zu sein.

GEGENWART:

RAUM:

Die Patientin lebt mit Eltern und einer Schwester zusammen. Ihre familiäre Umwelt ist von einer strengen religiösen Orientierung geprägt. Eine enge Bindung besteht weiterhin an den Partner. Sie hat wenige gute Freundinnen. An ihrem Arbeitsplatz, einer Praxis, fühlt sie sich wohl, kennt Kollegen und Nachbarn aber nicht näher. Sie wartet, daß man auf sie zukommt. Sie ist sehr häuslich und reist ungern. Dort, wo es ordentlich, gemütlich, einheitlich zugeht, kann sie fröhlich

sein. Zwischen fremden Menschen hat sie Angst. An Interessen nennt sie Zurückgezogenes, ästhetisch Betontes: historische Romane, Spielfilme, Eiskunstlauf (passiv).
Sie hat andere Umgangsformen und Sitten kennengelernt und sich gewünscht, daß es auch zuhause anders zuginge. Gegensätze sind ihr ebenso in religiöser Hinsicht aufgefallen, das hat zu Konflikten geführt. Anderen gegenüber fühlt sie sich leicht unterlegen. Vor Veränderungen hat sie Angst. Dennoch nennt sie sich neugierig, besonders "im Bereich der Medizin". Sie nimmt sich gelegentlich vor, sich zu ändern, und zwar möchte sie sich nicht immer alles so zu Herzen nehmen. Ordnungen, die sie ablehnt, befolgt sie, soweit es ihre religiöse Einstellung erlaubt.
Die erschließende, anteilnehmende Kommunikationsweise der Patientin, ihr großes Bedürfnis nach Mitteilung und Vertrauen, wird durch vielerlei Faktoren eingeengt. Sie sagt, man schließe sich ihr gern an, weil sie zu verstehen versuche und man ihr vertrauen könne. Andererseits lebt die Patientin in der Bindung an einen sehr abgegrenzten Raum, ist vorsichtig, braucht lange, bis sie vertraut. Auch ist sie bemüht, von ihr als negativ bewertete Stimmungen, etwa Traurigkeit, nicht zu zeigen. Sie befindet sich durch ihr Herkommen, ihre Überzeugungen, ihre sehr nach innen gerichtete Gläubigkeit an der Grenze einer sozialen Isolation.
Merkwürdig ist, daß sie nicht sagen kann, ob es in ihrer Umwelt Konflikte gibt. Streit ist ihr besonders zuwider, sie reagiert grundsätzlich mit Nachgeben; wenn sie nicht selbst betroffen ist, versucht sie zu vermitteln oder zu schlichten, in jedem Fall gehen ihr Mißstimmigkeiten nahe. Viele Handlungen oder Phantasien mit auch nur leicht aggressiven Tönungen kennt sie nicht. Ihre Kinder möchte sie aber zu größerer Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit erziehen, Menschen mit diesen Qualitäten gefallen ihr. Lügen haßt sie. Ihre Auseinandersetzung ist eher defensiv, sie ist bestrebt, sich von bestimmten Positionen nicht abbringen zu lassen, Konflikte spielen sich vor allem in ihrem Inneren ab und dürften für die Außen-

welt selten erkennbar sein, inhaltlich geht es dabei um religiöse Themen und Gegensätze zwischen Religion und äußerer Ordnung.
Die Modi Binden/Lösen und Bewältigen lassen sich kaum getrennt aufführen, weil die Kompensationsweise der Patientin, ihr Versuch zu bewältigen, das Binden ist. Sie bindet sich an ihr oberstes Prinzip, die Pflichterfüllung, an ihren Lebensraum, dessen Ordnungen den hiesigen so wenig entsprechen, ist gebunden in ihrem Glauben an Gott und seine Führung, an Gerechtigkeit nach dem Tode. Diese Überzeugungen - Bindungen - waren in der depressiven Erkrankung z.T. bedroht, die Patientin fühlte sich schuldig und geriet in erhebliche Konflikte. Es war, als würde der Modus des Auseinandersetzens sich im religiösen Bereich geradezu konzentrieren.
Als weiteres Bewältigungsmittel nennt die Patientin Aussprache, Bitte um Hilfe, Trost in der Religion.

ZEIT:

Es finden sich relativ wenig Angaben zu dieser Struktur in den Antworten. Trotzdem wird deutlich sichtbar, daß die Patientin ein Gefühl für ihre Kontinuität in der Zeit besitzt, wenn auch meist rückwärts gewandt, daß sie ferner einzelne Zeitabschnitte ihres Lebens unterscheidet, Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter - was die anderen Patienten nicht tun.

Es gibt kaum Zukunftsperspektiven, wenn sie erwähnt werden, sind sie angstbesetzt, z.B. äußert die Patientin Angst vor dem beruflichen Versagen. Andererseits: sie werde bei Schicksalsschlägen nicht aufgeben, sondern immer wieder neu probieren. Ihre Freizeit ist eher Erholungsraum.
Vergleiche mit anderen geraten der Patientin zu ihrem Nachteil. Vor Veränderungen in ihrer Umgebung hat sie Angst, so muß sie z.B. immer wieder kontrollieren, weil sie sonst Unglück befürchtet. Änderungswünsche betreffen ihre Emotionalität: sie möchte lernen, sich nicht alles so zu Herzen zu nehmen.
Die Patientin hat ein ausgeprägtes Verantwortungsgefühl. Sie

neigt dazu, schnell Schuld zu empfinden, spricht aber nicht näher über die Inhalte. Vertrauen empfindet sie gegenüber den Personen ihrer engeren Umgebung. Hier ist sie sicher, daß sie jeweils weiß, worauf ihr Vertrauen-Können beruht, es ist nicht einfach von einer Forderung abgeleitet, man müsse den Menschen vertrauen, sondern erlebt.
Der Modus der Auseinandersetzung ist auch innerhalb dieser Struktur kaum anzutreffen. Die Patientin lernte erst als Erwachsene Auflehnung kennen, wie sie sagt. Sie glaubt, es in ihrem Leben nicht schwerer als üblich gehabt zu haben, weil sie Menschen in ihrer Nähe gehabt hätte, mit denen sie sich hätte aussprechen können.
Die Patientin träumt weiter von ihrer Jugendfreundin und ihrem lebenslangen Berufswunsch. Ihre wesentlichste Bindung besteht an die mit der Zeit sich immer weiter auflösende Ordnung der Familie und an deren religiöse Orientierung. In letzterem Bereich kommt es häufiger zum Grübeln. Bewältigungsversuche sind auch hier Aussprache und Trost in der Religion.

LEIB:

Die Patientin erlebt ihren Leib gegenwärtig vor allem über die körperliche Symptomatik. Beherrschen, Kontrolle, Unterdrückung überwiegt; einige Bereiche sind davon ausgenommen, so das Erleben und Zeigen von Fröhlichkeit und Zärtlichkeit, Musik und Tanz. Die Patientin empfand sich schon immer sensibel und reizbar, konnte ihre Gefühle aber selten zeigen/erschließen, auch weil dies konträr gewesen wäre zu den Normen ihrer Umgebung. Erotik und Sexualität lebt die Patientin nur rudimentär, sie hat deshalb viele Fragen zur Struktur Leib nicht beantwortet.
Religiöse Skrupel verbieten der Patientin ein Erkunden vieler leibhafter Empfindungen. Verwöhnung hat in dieser Lebenswelt keinen Platz, mit einer winzigen Ausnahme: die Patientin findet sich verschwenderisch in Bezug auf Geld. Sie erlebt sich als unattraktiv und gegenüber anderen minderwertig.

Ihre deprimierte, traurige Grundstimmung versucht sie nicht zu zeigen. Eine Auseinandersetzung deutet sich darin an, daß die Patientin eine Einteilung trifft, welche Gefühle sie zeigen darf, welche nicht. Der Konflikt Sexualität/ Religion ist erkennbar, wird aber von der Patientin nicht angesprochen. Wünsche nach aggressiver Auseinandersetzung erkundet die Patientin ansatzweise, Meiden überwiegt bei weitem.
Die Patientin erscheint bindungsfähig; Erotik und Sexualität lebt sie kaum.
An Bewältigungsversuchen ist Kontrolle und das Befolgen religiöser Ordnungen erkennbar.

LEISTUNG:

Die Patientin mag ihren Beruf, sagt, sie konnte sich dafür frei entscheiden. Sie beurteilt ihr Leben nach dem, was sie beruflich erreicht hat. Ihr Wunsch ist es, mit ihrer Tätigkeit Menschen zu helfen.
Sie findet sich zu unsicher, noch unerfahren. Daß ihr etwas über den Kopf wächst, geschieht zum ersten Mal. Sie hat es zunächst nicht wahrhaben wollen und hat nun Angst, beruflich zu versagen.
Sie findet sich ehrgeizig.
Einzelne, abgegrenzte Konflikte, in denen sie sich auseinandersetzen könnte, erlebt sie nicht, stattdessen das Gefühl, daß ihr alles zu viel wird, die Eile, die Hektik.
Sie ist an strenge Leistungsmaßstäbe gebunden.
Ein Bewältigungsversuch zeichnet sich in dem Fragebogen noch nicht ab; real versuchte die Patientin aber, einen neuen Arbeitsplatz zu finden, also Wollen und Können einander anzunähern.

VERGANGENHEIT:

RAUM:

Die Patientin wuchs als zweitjüngste von sechs Geschwistern in einer sehr frommen deutschstämmigen Familie in der Sow-

jetunion auf. Ihre familiäre Umwelt war eng begrenzt. Zwei Umzüge in weit auseinanderliegende Regionen der Sowjetunion ließen den engeren Lebensraum der Patientin merkwürdig unberührt. Zuhause herrschte eine einheitliche Ordnung. An Vorbildern, die sie nicht im einzelnen nennt, bewunderte sie vor allem die Intelligenz. Die Patientin war in den ersten Lebensjahren eine verwöhnte jüngere Schwester. Sie mußte frühzeitig auf kleine Verwandte aufpassen. In der Freizeit, die ihr blieb, las sie gern, historische Romane vor allem.

Die Diskrepanz zwischen der äußeren politischen Ordnung und der inneren familiären Ordnung bildete den Hauptgegensatz. Letztere wurde manchmal einengend erlebt. Die Patientin empfand bei manchen Anlässen Angst vor der Existenz Gottes.

Sie war schüchtern und ernst, konnte sich aber gegenüber einer guten Freundin, an der sie bis heute zu hängen scheint, erschließen.
Der Modus des Auseinandersetzens trat auch in der Vergangenheit ganz zurück. Die äußere Ordnung mußte die Patientin hinnehmen, so konnte sie z.B. nicht den Beruf ergreifen, den sie sich gewünscht hatte. Den Pflichten, die man ihr zuteilte, pflegte sie nachzukommen, kampflos, höchstens mit innerer Auflehnung. Andererseits sagt sie, Probleme gingen ihr so lange nach, bis sie sie gelöst hätte.
Die Patientin ist bis heute gebunden an die Ordnung ihrer Kindheit und Jugend, die Heimat, die sie ungern verlassen hat.

ZEIT:

Die Vergangenheit wird im Erleben der Patientin gegliedert durch körperlich-seelische Reifungsschritte - Kindheit, Pubertät, Jugend - dann durch die nur kurz erwähnten Umzüge.

Sie erkundet, wie sie schon früh Verantwortung übernahm, auf andere Kinder aufpaßte, wie daraus für sie eine schöne Zukunftsperspektive erwuchs und sie den Plan entwickelte, einmal Lehrerin zu werden.

Sie entdeckt, wie sie sich freute, erwachsen zu werden, wie sie aber ihre Menarche als eine Strafe Gottes erlebte, wie sie ihre Eltern verändert wahrnahm. Das Erleben auch ihrer eigenen Zeitlichkeit anläßlich eines Todesfalles berührte sie tief.
Die folgenden Modi sind zu eng miteinander verknüpft, um getrennt aufgeführt zu werden, sie sind vor allem auf Religiöses bezogen. Im Hinblick auf ihre religiöse Haltung fühlte die Patientin sich für sich selbst verantwortlich, dachte über ihre Bestimmung im Sinne religiöser Pflicht nach. Während der Depression gewann diese Auseinandersetzung - vorher noch durch einen verbindlichen Raum abgesichert - bedrohliche Züge: die Patientin zweifelte an ihrer Fähigkeit "genug" zu glauben, an ihrer Rechtschaffenheit als Christin, an dem Ausreichen ihres persönlichen Bemühens. Sie hatte ein großes Bedürfnis, sich darüber auseinanderzusetzen, wobei es nur ansatzweise zu Binden/Lösen kam.

LEIB:

Die Patientin fühlte sich minderwertig, schwächlich, plump, sportlich unfähig (zwang sich allerdings zum Durchhalten), war bis zu ihrem neunten Lebensjahr oft krank. Sie charakterisiert sich als schüchternes, weinerliches Kind, eine Einzelgängerin.
Sie erinnert sich, neugierig und in der Kindheit manchmal trotzig gewesen zu sein. Die Menarche erlebte sie sehr zwiespältig. In der Pubertät war sie verliebt.
Sie konnte sich nur gegenüber sehr wenigen Menschen erschliessen und bemühte sich auch dort, Gefühle, die sie ablehnenswert fand, nicht zu zeigen.
Auseinandersetzungen mied sie.
Sie versuchte zu bewältigen, indem sie ihre Befindlichkeit häufig nicht zeigte und sich zusammennahm.

LEISTUNG:

Die Patientin war fleißig und eine gute Schülerin. Zuhause reagierte man mit Lob und Zufriedenheit. Sie hatte früh die

Aufgabe, andere Kinder zu beaufsichtigen, was sie gerne tat.

Sie hatte Lieblingsfächer, Naturwissenschaften und Geschichte. Vergleiche mit anderen im Leistungsbereich erwähnt sie nur im Sport: ihre Unterlegenheit versuchte sie mit Zähigkeit und Willensanstrengung auszugleichen.
Ein wesentlicher Konflikt, mit dem die Patientin sich in der Vergangenheit auseinanderzusetzen hatte, klingt in den Antworten der Patientin nur eben an: sie bekam aus ideologischen Gründen in der Sowjetunion keine Studienerlaubnis trotz guter Leistungen und bestandener Eignungsprüfung. So konnte sie ihr langjähriges berufliches Ziel nicht erreichen. Sie versuchte sich abzufinden und arbeitete in einer Fabrik. Diese Versagung traf sie um so härter, als der Leistungsbereich eine für sie bedeutsame Kompensationsmöglichkeit war.
Die Patientin ist sehr an Pflichtbewußtsein (Zeit!) und Leistung gebunden, wobei sie in der Leistung früher auch Entfaltungsmöglichkeiten zu verwirklichen suchte, mit der Entfernung von ihrem ursprünglichen Ziel aber immer mehr Pflicht und Genügen-Wollen in den Vordergrund traten.
Ein Bewältigen gelang der Patientin nicht.

Zusammenhang:

Der Lebensraum der Patientin in der Vergangenheit war - spätestens ab dem Schulalter - durch krasse Gegensätze hinsichtlich der Orientierung geprägt. Die Familie war von ihrer sozialen Umwelt scharf abgegrenzt, nur mit wenigen Gleichgesinnten teilte sie ihr "Plausibilitätssystem" (BERGER 1981). Die mangelnde Durchlässigkeit nach außen bewirkte ein um so festeres Aufrechterhalten der von einer strengen Religiosität bestimmten inneren Ordnung, unter deren Einfluß die Patientin aufwuchs. An diesem festen Gefüge änderten auch zwei Umzüge nichts. Die Bindung an eine zwar Halt gebende, aber finstere und wenig erlaubende Religiosität bewirkte, daß die Patientin ihre leiblichen Kommunikationsmöglichkeiten wenig erleben konnte, viele Wahrnehmungen, Empfindungen und Gefühle waren "zensiert". Dieser Konflikt Orientierung (Re-

ligion)/Leib klingt mehrfach an, deutlich, wenn die Patientin von ihrem Erleben der Menarche spricht. Kompensatorisch - und orientierungskonform - war eine Entfaltung der leistungsbezogenen Modi zunächst möglich. Dann erlebte die Patientin, daß ihre religiöse Orientierung sie daran hinderte, den Beruf zu ergreifen, den sie sich lange gewünscht hatte. Es kam also zu einem Konflikt Religion/Leistung, neue Kompensationsmöglichkeiten gab es nicht. Nach der Aussiedlung wurde auch der Raum, an den sie sich gebunden hatte, brüchig, der Lebensraum war neu und fremd, die Familie büßte ihren bis dahin festen Zusammenhalt ein. Zudem wurde die Auseinandersetzung mit Erotik-Sexualität auch lebensphasisch bedingt wieder wichtiger. Die Patientin fand in der neuen Umwelt vieles, was mit der Orientierung ihrer Familie nicht in Einklang zu bringen war. Statt sich auf Veränderung, auf die Modi des Entdeckens und Erschließens mehr einlassen zu können, u.U. in eine Auseinandersetzung einzutreten und ihre Orientierung zu modifizieren, reagierte die Patientin mit verstärkter Anklammerung an das Entschwundene, nicht nur die Menschen, Bilder und Ziele ihrer Vergangenheit betreffend, sondern vor allem auch die Ordnung und Orientierung dieser Zeit. In ihrer neuen beruflichen Ausbildung fand sie nur teilweise Zufriedenheit. Die Sehnsucht nach dem, was sie hat aufgeben müssen, klingt immer wieder an. Klar strukturierte, von außen vorgegebene Leistungsziele entsprachen ihren Bedürfnissen (Ausbildung). Eine leibbezogene Verunsicherung - die Operation mit all ihren Begleitumständen - markierte dann den Beginn der Dekompensation. In der Krankheit und danach setzte die Patientin sich vor allem mit ihrer religiösen Einstellung, ihrem archaisch vernichtenden Gottesbild auseinander.

8. DISKUSSION

Der für diese Untersuchung verwendete Fragebogen sollte es ermöglichen, über die Kommunikationsstrukturen und -modi, ihre Einschränkungen und kompensatorischen Erweiterungen, bei sieben unausgewählten, an einer phasischen depressiven Psychose erkrankten Patienten Aussagen zu machen.
Bei aller Verschiedenheit der Biographien weist die hier befragte Gruppe eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf hinsichtlich der Strukturen und Modi, über die sich die untersuchten Patienten darstellen.
Wohl am deutlichsten sichtbar ist das Überwiegen der Struktur Raum bei all diesen Patienten. Raum umfaßt Lebensraum, Orientierungs- und Ordnungsraum.
Der unmittelbare Lebensraum dieser Menschen ist eng begrenzt und in der Regel einheitlich, d.h. Spannungen, Gegensätze, Konflikte werden teils ausdrücklich vermieden, teils in Ansätzen wahrgenommen, aber, solange es irgend möglich ist, "verdrängt", wie eine Patientin, Frau M. H., es ausdrücklich sagt. Mit den wenigen Menschen, zu denen diese Patienten vertrauten Kontakt haben, nur Partnern, Familienangehörigen oder Verwandten,besteht ein hoher Grad der Übereinstimmung hinsichtlich der Orientierung und Ordnung, die meist bruchlos vom Elternhaus übernommen wurde. Eine Ausnahme bildet in diesem Punkt,wie auch in manch anderer Hinsicht, die Patientin R. A., die sehr deutlich ein Auseinanderfallen ihres Orientierungsgefüges unter dem Einfluß eines radikal veränderten äußeren Lebensraumes wahrnimmt. Die weitere Umwelt, neue und fremde Gedanken, scheinen zu der festgefügten Lebenswelt dieser Patienten keinen Zugang zu haben. Auch wenn sich mehrere Patienten über das Zeitgeschehen in Fernsehen und Tageszeitung informieren, nehmen sie es wie von ferne wahr, es bleibt ohne Auswirkungen, ein Erschließen neuer und fremder Phänomene, eine Auseinandersetzung und teilweise Integration in das eigene Leben findet nicht statt. Die Tendenz Melancholischer zum Norm-Konformen, Konservativen, bis hin zum Autoritären, wird von ARIETI (1974), KRAUS (1977) und TELLENBACH (1976)

eingehend erörtert.
Die von den hier untersuchten Patienten als für ihre Lebensführung bedeutsam genannten Prinzipien sind sehr allgemeine Grundsätze: die zehn Gebote, nicht näher benannte religiöse Vorschriften, Ehrlichkeit, Anständigkeit, Fleiß, Ordnung, Pünktlichkeit. Als Orientierung vermittelnde Vorbilder werden in den meisten Fällen die Eltern genannt, einmal Lehrer, einmal große Sportler und Wissenschaftler. Ein Patient - R. H. - nennt ein davon abweichendes Ideal, er wolle "ein Lebenskünstler" sein, aber auch dies wird für ihn eine fordernde, nicht eine gewährende Vorstellung - "man muß das Leben mit all seinen Freuden und Schmerzen bestehen, erst dann hat man sein Leben auf dieser Welt gemeistert und ist ein Lebenskünstler". Auch er kann die Verbindung von einem allgemeinen Grundsatz zu seinem persönlichen Leben nicht herstellen, in anderen Worten: die Modi Entdecken bis Bewältigen stehen ihm nicht zur Verfügung. Das Entdecken von Neuem, das Erschließen von Bedeutungszusammenhängen, die Auseinandersetzung wird gemieden - nur so ist die weitgehende Einheitlichkeit des Raumes zu erhalten. Daraus resultiert, daß die in der Kindheit erworbenen und unverändert beibehaltenen Grundsätze nicht auf das Leben des Einzelnen "zugeschnitten" werden, nicht Individualnorm werden können, sie bleiben allgemein, bedingungslos gültig, eben überpersönlich - und tragen stets einen einschränkenden, fordernden Charakter.

Manchmal offenkundige Widersprüche zwischen den als verbindlich erachteten Grundsätzen werden nicht gesehen. Ein Patient, M. N., sagt ausdrücklich, er wolle nicht hinsehen, er wolle nicht in Schwierigkeiten kommen; d.h. Wahrnehmungen werden zugunsten der Bindung an bestimmte Grundsätze ausgeblendet, der Patient wendet sich ab. Dies entspricht den Ergebnissen von KRAUS (1977). Er stellt bei depressiven Patienten eine Tendenz zum Allgemeinen, Überpersönlichen fest, von ihm im Lichte der Rollentheorie und der existentiellen Psychoanalyse als "Tendenz zur Seins-Überidentifikation" (1977, S. 3) erklärt. Nach dem WYSSschen Ansatz ist dies

zu verstehen als Überwiegen der erkundenden bzw. bindenden Kommunikation im Räumlichen (wie auch in den anderen Strukturen).
Der Grundzug der Ordentlichkeit, von TELLENBACH (1976) in den Mittelpunkt seiner Ausführungen über Melancholiker gestellt, ist allen sieben hier untersuchten Patienten eigen. Ihr Leben verläuft sorgsam und genau geordnet, Unregelmäßigkeiten im weitesten Sinne kommen nicht vor. Der Tagesablauf ist bestimmt weniger von Vorhaben und Plänen als von Pflichten, die sehr ernst genommen und getreulich erfüllt werden.

MINKOWSKI (1972) schreibt, zu der gelebten Distanz, einer bestimmenden Größe des gelebten Raumes, gehöre Helle, Weite, der Begriff des Zufalls, der Koinzidenz, der Kontingenz (1972, S. 240). Diese gelebte Distanz charakterisiert die räumlichen Bezüge der hier befragten Patienten gerade nicht. Nach TELLENBACH (op. cit.) perhorresziert der Depressive den Zufall. Die "Sphäre des Wohlbehagens" (MINKOWSKI 1972, S. 237) dieser Patienten ist nicht ein Raum der Weite und Möglichkeit, sondern des Festgelegtseins und der Begrenzung, der Unfreiheit und der Tendenz zum Gleichförmigen, und zwar bereits außerhalb der Erkrankung. Die Melancholiker sind nach TELLENBACH unfähig, die Ordnung, in die sie sich einschliessen (WYSS: an die sie sich binden) zu übersteigen. Eine Ordnung übersteigen können, hieße, eine mögliche andere Ordnung zunächst überhaupt wahrnehmen zu können, die als verbindlich erachtete Ordnung von einem anderen Standpunkt, von außen betrachten zu können, und schon solch ein Schritt gelingt den hier untersuchten Patienten nicht. Zwei Patienten geben an, in ihrer Kindheit andere, fremde Ordnungen kennengelernt zu haben - dies jedoch blieb ohne Auswirkungen auf ihre spätere Einstellung. Das Gebundensein an eine für die derzeitige Lebenssituation nicht mehr gültige Orientierung kennzeichnet drei Patienten (R. G., M. H., N. E.). Sie bemerken diesen Konflikt (Lebensraum vs.Orientierungsraum) jedoch nicht.
Einer Hypertrophie der räumlichen Struktur stehen bei allen

befragten Patienten Kommunikationseinschränkungen vor allem in der Struktur Zeit und Leib gegenüber, die Kommunikationsmodi in der Leistung sind durch die Orientierung in typischer Weise abgewandelt.
Das Fehlen eines Entwurfs in die Zukunft, einer zeitlichen Perspektive, charakterisiert alle sieben hier untersuchten Patienten. Gesundheit, Friede, Glück für die Familie, einmal: ein neuer Arbeitsplatz - über diese ganz allgemeinen Begriffe gehen die zukunftsbezogenen Vorstellungen dieser Patienten nicht hinaus. Selbst ein Erkunden ist also nur in ganz unscharfen Ansätzen sichtbar. Das in den Antworten genannte zeitliche Erkunden ist zudem weniger ein inneres Vorwegnehmen von Möglichem als der Wunsch nach Fernbleiben von Störungen, bezogen auf den Leib, auf zwischenmenschliche Kontakte oder auch die Arbeitswelt. Zwei Patienten (Herr M. N. und Frau T. D.) äußern, daß Zeit für sie vor allem Abbröckeln und Verminderung bedeute, deshalb als bedrohlich und angsterregend wahrgenommen würde. Die Zukunft nicht anders als das in der Vergangenheit Erlebte sich vorstellen zu können, heißt in der Terminologie von WYSS, in einem zeitlichen Gebundensein verharren. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von KRAUS. Er (1977, S. 114 f.) schreibt: "... gibt es in der Homogenität einer verräumlichten Zeitlichkeit gegenüber der existentiellen Zeitlichkeit keinen Neubeginn (initium) und kein wirkliches Ende. Damit gibt es für den Manisch-Depressiven auch keine wirkliche Zukunft. Denn Zukunft ist Aufbruch des Neuen, Unvorhergesehenen, das Zeichen des Wandels."
Die hier untersuchten Patienten erleben sich - bei zweien gilt dies mit Einschränkungen - als beständig gleichbleibend, ohne Veränderung, Ergreifen von Neuem, Aufgeben von Altem. Das Erleben von Zeitlichkeit beim Tod eines Angehörigen wird von einigen Patienten für die Vergangenheit erwähnt. Es werden generell mehr die äußeren Ereignisse bemerkt, nicht so sehr ein innerlich damit einhergehender Wandel. Frau N. E., die als einzige sagt, sie habe es versäumt,

eigene Pläne im Leben zu entwickeln, spricht ausdrücklich von Stillstand, im Zusammenhang mit einem Verlusterlebnis. Beim Tode der Mutter sei die Welt stehengeblieben. Für die hier befragten Patienten scheint Zeit dem Individuum entrissen zu sein, nicht von ihm gestaltbar - eine gleichförmige Strecke, über die hin man sich bewähren muß, wo es nur bleibt zu hoffen, daß Störungen fernbleiben.
MINKOWSKI (1972, S. 27) beschreibt, "daß dieses Dasein die Dimension des notwendigen Voranschreitens und Entfaltens vollkommen verloren hat". Er bezieht sich auf einen bereits dekompensierten, erkrankten Menschen, aber die Werdenshemmung (v. GEBSATTEL) kennzeichnet nach TELLENBACH (1976) nicht nur die Melancholie selbst, schon der Persönlichkeit des Melancholikers vor Ausbruch der Erkrankung eigne eine Inklination dazu.
Stimmungsschwankungen werden mehrmals entdeckt, aber - auch außerhalb der Erkrankung - als etwas Behinderndes, zu Unterdrückendes betrachtet. Der Einbruch der depressiven Erkrankung ist in mehreren Fällen die erste Erfahrung einer Veränderung, eines Zeiteinschnittes. Das erste Erleben des Scheiterns, das erste deutliche Erleben von Hoffnungslosigkeit und hilfloser Aggressivität wird in diesem Zusammenhang genannt.
Das mit der Struktur Zeit eng verknüpfte Erleben von Verantwortung (Zeit-Erschließen) weist bei diesen Patienten eine ganz bestimmte Färbung auf. Sie alle bezeichnen sich als verantwortlich, mehrere haben schon früh in der Kindheit Verantwortung getragen. Dies heißt für sie nicht so sehr, etwas zu bewirken, Urheber einer Handlung zu sein, jemanden zum Antworten zu bringen - sondern: eine Verpflichtung zu haben, die sehr ernst zu nehmen ist, sorgfältig zu sein, zu leisten, den Erwartungen anderer sehr gewissenhaft nachzukommen. Diese Patienten sagen nicht, welchen Zielen ihr Bereitsein für Aufgaben oder für andere Menschen dient. Verantwortlichkeit für sich selbst wird vor allem deutlich in der sorgsamen Befolgung von Vorschriften mit Meidens-

charakter - gesundheitlichen Rücksichten, Schonung, Fernbleiben von Aufregungen, von Streß - nicht so sehr als Aufgabe, sich selbst gemäß zu handeln.
Auch Schuld ist mit dem Zeiterleben eng verbunden. Dazu äußern sich diese Patienten nicht einheitlich. Herr R. G. sagt ausdrücklich, er habe sich nichts vorzuwerfen, weil er alle seine Verpflichtungen korrekt erfüllt habe. Bei diesem Patienten ist die von TELLENBACH angesprochene Tendenz, mögliche Schuld unter allen Umständen zu vermeiden, in seiner ganzen Lebensführung deutlich. Am Beginn der Erkrankung stand dann die schuldhafte Verarbeitung eines Vorwurfs seitens der Tochter; dieses Ereignis erwähnt der Patient in seinen Antworten jedoch nicht. Daß depressive Patienten ihr elementares Schulderleben nach der Krankheit völlig vergessen zu haben scheinen, ist in der Literatur häufig erwähnt, ohne daß dies Phänomen einer Erklärung zugänglich wäre. Einer der hier befragten Patienten, Herr R. G., beschuldigt sich auch nach der Genesung weiterhin, er habe seine Krankheit verursacht - womit er ein Leistungsversagen, das Nicht-Bewältigen einer Situation anspricht. Mehrere Patienten beantworten Fragen nach dem Erleben von Schuld nicht. Aus ihren anderen Antworten geht aber hervor, daß verschiedene Erfahrungen schuldhaft verarbeitet werden: kleinere Versäumnisse, Konflikte mit anderen Menschen, Nicht-Leisten-Können. Als Mittel zur Schuldbewältigung wird genannt: sofortige Aussprache, Beichte, Gebet. Die Möglichkeit, etwas neu und anders zu gestalten, wird dagegen nicht gesehen. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte ist bei vier Patienten insofern angedeutet, als sie Vorwürfe gegen die Eltern äußern und deren abweisende oder verständnislose Haltung direkt oder mittelbar in Verbindung mit ihrer Erkrankung oder einer Behinderung in wesentlichen Lebensbereichen bringen. Fragen nach der Zufriedenheit mit dem bisherigen Lebensablauf werden mehrfach nicht beantwortet. Ein Patient gibt an, er sei mit sich und dem im Leben Erreichten zufrieden ("ich habe mein Ideal erreicht").

Eine Auseinandersetzung mit dem Älter-Werden wird von keinem der hier befragten Patienten erwähnt.
Diejenige Struktur, die nächst der Zeit bei allen hier befragten Patienten die deutlichsten Einschränkungen aufweist, ist die des Leibes. Auf der Ebene des Erkundens liegt die allgemeine Einstellung zum Leib. Diese wird zumeist als funktional beschreibend - d.h., der Leib erscheint überwiegend als eine Art Objekt, für das man Sorge zu tragen hat durch Einhaltung bestimmter gesundheitlicher Vorschriften, in einigen Fällen auch durch Schonung. Die Einstellung zur Erotik und Sexualität war in den Elternhäuser meist tabuierend. Während einige Patienten angeben, hinsichtlich dieser Erlebnisbereiche in ihrer Kindheit neugierig gewesen zu sein, scheint die Bedeutung sexuellen Entdeckens und Erschließens in der Gegenwart zurückzutreten gegenüber dem deutlicher geäußerten Wunsch nach vertrauter Nähe.
Vergleiche mit anderen auf der leiblichen Ebene - die dem Entdecken zuzuordnen wären - stellt keiner dieser Patienten ausdrücklich an. Sechs Patienten sagen aber, daß sie sich häufig oder beständig minderwertig fühlten, nicht auf eine bestimmte Eigenschaft oder Fähigkeit bezogen, sondern in einer ganz diffusen, viele Erlebnisbereiche durchziehenden Weise. Die Patienten nehmen diese Grundbefindlichkeit deutlich wahr, das Erschließen in einer reflexiven Weise ist ihnen jedoch nicht möglich.
Die Modi des Erschließens und Auseinandersetzens weisen die deutlichsten Einschränkungen auf. Zwar ist für das Verhältnis, das diese Patienten zu sich selbst und zur Welt haben, ihr jeweiliges Gestimmt-Sein entscheidender als bei vielen anderen Menschen, nicht nur in der Erkrankung, aber sie nehmen zahlreiche Gefühle und Affekte nicht wahr - es scheint sich eher um ein Ausgeliefert-Sein an wechselnde Befindlichkeiten zu handeln als um ein Gewahrwerden, ein verstehendes Erschließen. Die Tatsache, daß sie sich ausgeliefert fühlen, beschreiben einige Patienten, am deutlichsten Herr M. N., der die leibbezogenen Veränderungen, die er zu Beginn der

Erkrankung an sich bemerkte, als gefährlich und befremdend erlebte. Mehrere Patienten gaben eine Grundstimmung der Ängstlichkeit an. Bei der großen Unvertrautheit mit eigenen Stimmungen und Gefühlen ist die Möglichkeit, sich anderen gegenüber emotional zu erschließen, ebenfalls eingeschränkt. Der mehrfach geäußerte Wunsch nach Vertrauen und Nähe steht in einem gewissen Gegensatz zu der Unvertrautheit mit eigenen und fremden Gefühlen.
Dieses Nicht-Wahrnehmen-Können wird bei allen hier untersuchten Patienten am deutlichsten, wenn es sich um aggressive, trennende Impulse handelt. Affektives Auseinandersetzen wird von ihnen gemieden, wohl, weil es die angestrebte Harmonie mit der Umgebung, einen wesentlichen Bestandteil ihrer Ordnung, bedroht. Einige Patienten bemerken aggressive Gefühle gar nicht erst, bei anderen ist es deutlich, daß ihre Orientierung oder ihre Ordnungsbegriffe solche Empfindungen nicht zulassen bzw. daß sie die Folgen einer affektiven Auseinandersetzung so sehr fürchten, daß sie trotz intensiv erlebter Gefühle eher zu einer resignativ gefärbten Anpassung neigen. In den Elternhäusern dreier Patienten müssen massive Spannungen geherrscht haben - durch den Alkoholismus des Vaters bzw. ernste Zwistigkeiten zwischen den Eltern. Die erheblichen emotionalen Schwankungen, denen die Patienten dabei ausgesetzt gewesen sein müssen, finden in ihren Antworten kaum Erwähnung. Nur Frau H. schildert die heftigen Gefühle, die sie gegenüber der Mutter erlebt hat und an die sie bis heute gebunden ist. Herr M. N. spricht von Haß gegenüber anderen Autoritäten. Alle sieben Patienten haben eine Abneigung gegen Streit und pflegen, wenn andere in Auseinandersetzungen geraten, zu schlichten. Eine paradoxe, aber gut kennzeichnende Äußerung von Herrn M. N.: "Ich hasse Streit geradezu".
Alle Patienten erscheinen bindungsfähig. Der Eigenart, anderen psychischen Realität ihrer Partner oder sonstiger enger Bezugspersonen scheinen sie dennoch wenig gewahr zu werden, wie aus den Einschränkungen im Entdecken und Erschlies-

sen zu ersehen ist.
In mehreren Fällen (R. G., R. A., N. E., T. D.) gehörte eine leibbezogene Verunsicherung zu der Konstellation, die den Beginn der Erkrankung markierte. Drei Patienten hatten sich einer Operation zu unterziehen, eine Patientin war durch eine "selbstwidersprochene Anstrengung" (v. BAEYER 1961) in einen Erschöpfungszustand geraten, zwei dieser Patienten erlebten mit ihrer körperlichen Schwäche vor allem die Unfähigkeit, in dem Ausmaß, das ihnen selbstverständlich war, zu leisten. Sie waren nicht in der Lage, die ihnen gewohnte Ordnung zu verändern, m.a.W. sie waren zu einem Bewältigen nicht fähig.
Für alle sieben Patienten gilt, daß der nach ZUTT (1963a) ermöglichende, tragende Grund der Existenz, die "gesundheitlich-biologische Ordnung des Leibes" nicht mehr als tragend erlebt wird, sobald durch das Fluktuierende leiblicher Befindlichkeiten - es besteht ein enger Zusammenhang mit der Struktur Zeit - das statische, oft starre Lebensgefüge dieser Menschen gefährdet wird. Sie scheinen eher geneigt zu sein, ihre Wahrnehmungen und Empfindungen auszublenden als die Ordnung, die sie einmal errichtet haben und für sich verbindlich erleben, zu verändern (Konflikt Raum-Zeit).
Jeder Kommunikationsmodus ist auch leistungsbezogen. Die Struktur Leistung meint den Prozeß der Selbstdarstellung über das Erstellte, die Arbeit. "Das Subjekt 'identifiziert' sich nicht nur mit dem Geleisteten, sondern es erfährt sich als arbeitendes, als in der Arbeit sich zur Arbeit verhaltendes, damit existierendes, verantwortlich für die Arbeit" (WYSS 1976, S. 271).
Alle hier untersuchten Patienten haben einen Schwerpunkt ihrer Kommunikationsmöglichkeiten im Bereich der Struktur Leistung. Sie fühlen eine innere Verpflichtung zu beständigem Tätig-Sein - weniger, weil sie bestimmte Ziele erreichen wollten, sondern, weil das Tätig-Sein als solches für sie einen maßgeblichen Wert darstellt. Das Fehlen eines "Um-Wil-

len" (TELLENBACH 1976), eines Zweckes, dem Anstrengung zu dienen hätte, wird bei ihnen auch innerhalb der Leistungsstruktur sichtbar (wie innerhalb der Struktur Raum). Alle diese Patienten legen Wert auf sorgfältige und genaue Arbeit. Keiner von ihnen erwähnt, in besonderer Weise zur Leistung erzogen worden zu sein, während eine Erziehung zu Fleiß und Genauigkeit ausdrücklich erwähnt wird. Die Eltern werden durchgängig als arbeitsam - und darin vorbildhaft - beschrieben. Bei drei der untersuchten Frauen fällt auf, daß sie sehr früh damit begannen, innerhalb der Familie Pflichten zu übernehmen und dadurch wenig Möglichkeiten hatten, eigene Interessenfelder zu entdecken, sei es in der Schule oder durch Freizeitbeschäftigungen. Zwei dieser Frauen (N. E., T. D.) blieben an eine sorgend-pflegerische Tätigkeit für andere Familienmitglieder in ihrem weiteren Leben so sehr gebunden, daß auch ihre spätere Biographie von diesem "Leitthema" gänzlich bestimmt war. Ihre Dekompensation steht in engem Zusammenhang damit, daß für sie das Aufrechterhalten eines derartigen Weltbezuges zu einem bestimmten Zeitpunkt unmöglich wurde und andere Kommunikationsmodi ihnen nicht zur Verfügung standen.
Bis auf einen Patienten (N. M.) bekunden alle, sich an ihrem Arbeitsplatz wohl zu fühlen bzw. sich dort wohlgefühlt zu haben. Leistungsvergleiche mit anderen werden generell nicht angestellt. Die beiden Patienten (N. M., R. A.) die die Absicht äußern, sich nach einem neuen Arbeitsplatz umzusehen, möchten nicht so sehr neue Chancen wahrnehmen, sondern sind bestimmt von dem Gefühl, überfordert zu sein, ungenügend geleistet zu haben. Sie suchen dementsprechend einen geschützteren Arbeitsplatz, ohne Unruhe in einem, mit weniger Eigenverantwortlichkeit im anderen Falle. Der Modus des Entdeckens innerhalb der Struktur Leistung ist bei allen sieben Patienten eingeschränkt, das betrifft Beruf und Freizeitgestaltung. Sie sehen beständig etwas, was getan werden muß, sei es an ihrem Arbeitsplatz oder zuhause, aber alle diese Aufgaben wachsen ihnen gleichsam von außen zu und tra-

gen den Charakter der Verpflichtungen, das eigenständige Aufmerken und Auswählen tritt dem gegenüber zurück. Wenn sie mit einer Vielzahl von Aufgaben konfrontiert sind, geraten alle diese Patienten in Unruhe, nur eine Patientin sagt, sie reduziere dann ihr Arbeitspensum.
Selten bemerken diese Patienten Konflikte zwischen Pflichten und eigenen Bedürfnissen, ebenso selten widersprüchliche Einstellungen gegenüber der Arbeit, selbst wenn sich aus den Antworten unschwer erschließen läßt, daß solche Konflikte vorliegen (N. E., R. A., T. D.). Nur ein Patient erwähnt Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz. Seine Vorstellungen von Sorgfalt und Genauigkeit bei der Arbeit konnte er bei dem ihm abverlangten Arbeitstempo nicht mehr verwirklichen, ebenso wenig gelang es ihm, als er andere anzuleiten hatte, einiges von seinen Aufgaben zu delegieren oder seine Vorstellungen energisch zu vertreten. Er geriet mehr und mehr in Erschöpfung, ohne einen Weg des Bewältigens zu sehen. Dieser Patient litt - als einziger - schon in der Kindheit unter seiner Unfähigkeit, bestimmten schulischen Anforderungen nachzukommen. Er betrachtet den Konflikt am Arbeitsplatz als Anlaß für seine Erkrankung.
An ein hohes Leistungsideal sind alle hier untersuchten Patienten gebunden. Sie sind jedoch nicht ehrgeizig im Sinne des Erreichens hochgesteckter Ziele, sondern sie möchten eher die Aufgaben, denen sie sich jeweils gegenüberstehen, tadellos ausführen. Mehrere Patienten (R. G., M. H., N. E.) befanden sich vor Ausbruch der Erkrankung in der Situation, daß ihr inneres Ausgerichtet-Sein auf Leistung in einem nicht mehr bewältigbaren Gegensatz stand zu der Tatsache, daß ihnen ein Leistungsfeld fehlte. Sie blieben aber innerlich gebunden an ein nicht mehr der Situation angemessenes Leistungsverständnis und konnten auf diese Weise nicht zu einer neuen Definition ihrer Aufgaben oder Ziele kommen.

Für einige Patienten (H. R., R. A., M. N.) war die Situation vor Krankheitsausbruch die erste, in der sie sich mit Leistungsversagen auseinanderzusetzen hatten. Nicht so leisten

zu können wie gewohnt, erlebten sie als zentrale Bedrohung ihres Selbstverständnisses. Bewältigungsmöglichkeiten standen ihnen dabei nicht zur Verfügung. Ihr Bemüht-Sein um Leistung trug schon zuvor deutlich kompensatorischen Charakter.

Für alle hier untersuchten Patienten gilt, daß die Modi Entdecken, Erschließen und Auseinandersetzen eingeschränkt sind, vor allem in den Strukturen Leib und Zeit. Diese Modi haben einen inneren Zusammenhang insofern, als das Entdecken eines neuen Sachverhaltes, eines Gefühls oder eines Gedankens die Voraussetzung ist für deren gedankliche Einordnung, deren Erfassen (Erschließen) und die Auseinandersetzung damit. Wird, wie bei allen diesen Patienten deutlich, Neues und Fremdes gemieden (Abwendung), fehlt die Voraussetzung für die Integration in das eigene Denken und Fühlen. Dieses Ausblenden eines großen Teils der Umwelt und der eigenen Befindlichkeit aus der Wahrnehmung bedingt, daß Ordnungs- und Orientierungselemente (Raum) umso bedeutsamer werden für den Umgang mit der Welt und mit sich selbst. Die Unvertrautheit mit vielen Situationen und Befindlichkeiten führt zu der weitgehenden Fremdbestimmung - zu ängstlicher Anpassung an die Erwartung anderer (vor allem im Leistungsbereich) einerseits, Festgelegtsein auf einige wenige ordnende Grundsätze - Ordnung - Orientierung - andererseits. Diese Haltung wurde als Konformismus, Rigidität, Unselbständigkeit von allen Autoren beschrieben, die sich zur Persönlichkeitsartung endogen Depressiver geäußert haben (in dieser Arbeit wurden ARIETI, MATUSSEK, KRAUS, TELLENBACH, v. ZERSSEN vor allem erwähnt). Diese kommunikative Einschränkung tendiert dazu, gleich einer Spirale immer enger zu werden: die verstärkte Hinwendung zu räumlichem und leistungsbezogenem Erkunden und Binden schließt andere Möglichkeiten der Welterfahrung weiter aus und läßt immer weniger Möglichkeiten der Bewältigung offen. Die so entstehende Stagnation und Starre verhindert schließlich selbst den Vollzug der einzig noch verbliebenen Kommunikationsmöglichkeiten. Die Dekompensation in der Erkrankung bringt in zum Teil überwältigender Weise die Erfahrung leib-

licher und zeitbezogener Kommunikationsmodi mit sich.
Es lassen sich bei den hier befragten sieben an einer endogenen Depression erkrankten Patienten eine Reihe von Gemeinsamkeiten hinsichtlich ihrer Kommunikationsstrukturen und -modi wahrnehmen. Diese Patienten stellen sich vor allem über die Strukturen Raum und Leistung dar, während die Kommunikation innerhalb der Struktur Zeit und Leib eingeschränkt ist.
Ihr Raum ist gekennzeichnet durch Enge, Überschaubarkeit und gleichförmige Ordnung. Starre Regeln, die nicht den individuellen Erfahrungen entsprechend abgewandelt werden, sondern überpersönlich, "archaisch" bleiben, regulieren das Leben dieser Patienten. Das Gebunden-Sein an derartige Orientierungen führt dazu, daß die Patienten Erfahrungen von Neuem, Wandel und Veränderung vermeiden, sich abwenden. Werden sie dennoch mit Unvertrautem konfrontiert, verstärkt dies eher ihre Hinwendung zu den sichernden Normen und Geboten, die auch bei offenkundiger Widersprüchlichkeit nicht daraufhin befragt werden, ob sie der jeweiligen Situation angemessen sind.
Die Kommunikation innerhalb der Struktur Zeit erscheint ebenfalls abgewandelt. Aus dem oben Gesagten ergibt sich, daß die Patienten zeitbezogen kaum kommunizieren, denn Zeit beinhaltet Entwicklung und Veränderung. Sie scheinen sich überwiegend nicht als Werdende, sich Verändernde zu erfahren. Zukunftsperspektiven werden ebenso wenig geschildert wie Wandel und Entwicklung in der Vergangenheit. Allen sieben Patienten eignet ein ausgeprägter Sinn für Pflicht und Verantwortung.
Zwischen den Strukturen Leib und Zeit besteht eine enge Verbindung. Stimmungen, Gefühle, Befindlichkeit unterliegen der Veränderung, dem Wechsel, gefährden damit die als absolut genommene Gültigkeit von Ordnungen und Normen, aber auch die leistungsbezogene Kommunikation. Diese letztgenannten Faktoren regulieren die leiblichen Kommunikationsmöglichkeiten der hier untersuchten Patienten. "Muß funktio-

nieren" sagt einer der Patienten, er beschreibt damit tendenziell auch das, was die anderen Patienten über ihre Leiblichkeit sagen. Besonders gemieden werden Affekte und aggressive Behauptung.
Neben der Struktur Raum ist die Struktur Leistung am deutlichsten - kompensatorisch - erweitert. Dabei ist auffallend, daß die Patienten das Tätig-Sein als solches für sich unverzichtbar finden, weniger danach fragen, auf welches Ziel hin sie tätig sind.
Die Modi Erkunden und Gebunden-Sein überwiegen, Entdecken - als vertraute Ordnungen und Orientierungen gefährdend - wird gemieden, so daß es zum Erschließen und Auseinandersetzen überwiegend nicht kommen kann. Als Mittel des Bewältigens dient vor allem das vermehrte Festhalten an gewohnten Überzeugungen und Ordnungen und an wenigen engen menschlichen Bindungen. Schon vor Krankheitsausbruch ist somit eine "kompensierte Dekompensation" (WYSS 1976), eine einseitige Darstellung über wenige Modi zu beobachten. Zur Dekompensation kommt es, wenn die wenigen verbliebenen Kommunikationsmöglichkeiten - die bereits kompensatorischen Charakter tragen - durch innere Entwicklungen oder äußere Ereignisse (beides ist verschränkt) weiter reduziert werden. In der Erkrankung ist dann ein Zerfall besonders der bis dahin erweiterten Strukturen - Raum und Leistung - zu bemerken.
Die hier an einigen wenigen Patienten aufgezeigten Zusammenhänge stehen im Einklang mit den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen zur Persönlichkeitseigenart endogen Depressiver. Somit erweist sich der Fragebogen als ein geeignetes Instrument, um über diese Patientengruppe nähere Erkenntnisse zu gewinnen. Es wäre wünschenswert, eine größere Anzahl von Patienten mit diesem Instrument zu untersuchen, wobei sich möglicherweise typische Untergruppen oder Abgrenzungen gegenüber verwandten Krankheitsbildern feststellen ließen.

9. ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, mit Hilfe eines Fragebogens, der die Strukturen - Raum, Zeit, Leib und Leistung - und die Modi - Erkunden, Entdecken, Erschließen, Auseinandersetzen, Binden/Lösen, Bewältigen - über die der jeweils Untersuchte kommuniziert, zur Darstellung bringen soll, Aussagen über die Kommunikationsstrukturen und -modi bei sieben unausgewählten, an einer phasischen depressiven Psychose erkrankten Patienten zu machen.
Zunächst wird in einem kurzen Überblick das Konzept der zyklothymen Depression mit Nosologie, Psychopathologie, Provokationsmöglichkeiten und Erkenntnissen über die prämorbide Persönlichkeit referiert.
Anschließend werden die Aussagen TELLENBACHs über den Typus melancholicus dargestellt.
Es folgt eine Erörterung des Depressions-Konzeptes von WYSS, dem eine Darstellung des Krankheitsbegriffes bei diesem Autor vorangestellt ist.
Anschließend werden frühere Arbeiten anthropologischer Autoren referiert, die Aussagen machen über Zeit- und Raum-Struktur (BINSWANGER) bzw. Zeit- und Raum-Erleben (v. GEBSATTEL, MINKOWSKI, STRAUS, ZUTT) bei depressiv Erkrankten.

Nach einem Überblick über die einzelnen Konzeptionen wird der verwendete Fragebogen vorgestellt, die befragte Patientengruppe und der Ablauf der Untersuchung geschildert.
Am Beispiel einer Patientin wird der Auswertungsweg im einzelnen dargestellt. Antworten der anderen Patienten werden zum Vergleich herangezogen. Die Auswertungsergebnisse bei den anderen sechs Patienten werden berichtet.
Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Kommunikationsstrukturen und -modi bei den hier befragten Patienten werden dargestellt.
Diese Ergebnisse werden verglichen mit Aussagen in den zuvor referierten Arbeiten zur Persönlichkeit und zum Erleben endogen Depressiver.

Alle hier untersuchten Patienten stellen sich hauptsächlich über die Strukturen Raum und Leistung dar, während die leib- und zeitbezogenen Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Ferner überwiegen die Modi Erkunden und Gebunden-Sein, während Entdecken, Erschließen und Auseinandersetzen weit seltener nachweisbar ist. Statt des bei derart eingeschränkter Kommunikation kaum möglichen Bewältigens beantworten diese Patienten auftauchende Konflikte mit verstärktem Festhalten an räumlichen Faktoren (Ordnungen und Normen) und an wenigen engen menschlichen Bindungen.

Die weitgehende Übereinstimmung mit Aussagen in den anfangs dargestellten Arbeiten läßt den verwendeten Fragebogen als ein geeignetes Instrument zur Diagnostik bei Melancholikern erscheinen. Einer größer angelegten Untersuchung bliebe es vorbehalten zu erarbeiten, ob derartige Kommunikationsmuster auch bei einer großen Gruppe von endogen Depressiven einheitlich feststellbar sind. Möglicherweise lassen sich nach den hier verwendeten Kategorien auch Abgrenzungen gegenüber verwandten Krankheitsbildern aufzeigen.

Literaturverzeichnis:

ABRAHAM, K.: Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido (1916). In: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. Conditio humana I. Frankfurt: S. Fischer 1969.

ABRAHAM, K.: Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen (1924). In: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. Conditio humana I. Frankfurt: S. Fischer 1969.

AKISKAL, H.S., T.M. Mc KINNEY: Overview of Recent Research in Depression. Integration of Ten Conceptual Models into a Comprehensive Clinical Frame. Arch. Gen. Psychiat. 32, 285 (1975).

ALSEN, V.: Das Kernsyndrom der endogenen Depression. Nervenarzt 32, 470 (1961).

ANGST, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Berlin Heidelberg New York: Springer 1966.

ANGST, J.: Zur Nosologie endogener Depressionen. Arch. Psychiat. Nerv.Krankh. 210, 373 (1968).

ANGST, J. u. C. SCHARFETTER: Depression heute und morgen. In: P. Kielholz (Hrsg.) Die Depression in der täglichen Praxis. Int. Symp. St. Moritz 1974; Bern Stuttgart Wien: Huber 1974.

ANGST, J.: Klinische Verlaufsgesetzlichkeiten monopolarer und bipolarer affektiver Psychosen. In: Zum Stand der Depressionsforschung, Symp. der Tropon-Werke Köln 1976; Das ärztliche Gespräch 26, Köln 1976.

ANGST, J. u. R. FREY: Die Prognose endogener Depressionen jenseits des 40. Lebensjahres. Nervenarzt 48, 571 (1977).

ARIETI, S.: Affective Disorders: Manic-Depressive Psychosis and Psychotic Depression. In: American Handbook of Psychiatry, Vol. III; New York: Basic Books 1974^2.

ARIETI, S. u. J. BEMPORAD: Severe and Mild Depression. The Psychotherapeutic Approach. London: Tavistock Publications 1980.

VON BAEYER, W.: Erschöpfung und Erschöpftsein. Nervenarzt 32, 193 (1961).

BERGER, P. L.: Auf den Spuren der Engel. Frankfurt: Fischer 1981. Engl.: A Rumor of Angels. Garden City, N.Y.: Doubleday 1969.

BERNER, P.: Was kann die Psychopathologie zur Entwicklung neuer Strategien in der Depressionsforschung beitragen? In: H. Heimann u. H. Giedke (Hrsg.) Neue Perspektiven in der Depressionsforschung. Bern Stuttgart Wien: Huber 1980.

BETTELHEIM, B.: Die Geburt des Selbst. München: Kindler 1977.

BINSWANGER, L.: Das Raumproblem in der Psychopathologie. Zschr.f.d.ges.Neurol.u.Psychiat. 145, 598 (1933).

BINSWANGER, L : Melancholie und Manie. Pfullingen: Neske 1960.

BLANKENBURG, W.: Persönlichkeitsstruktur, Dasein und Endogenität. Conf.psychiat. 7, 183 (1964).

BLANKENBURG, W.: Zur Leistungsstruktur bei chronischen endogenen Psychosen. Nervenarzt 41, 577 (1970).

BLEULER, E.: Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Z.ges.Neurol.Psychiat. 78, 373 (1922).

BOSS, M.: Grundriss der Medizin. Bern Stuttgart Wien: Huber 1971.

BOVI, A.: Wohnungswechsel und Geisteskrankheit. Nervenarzt 38, 251 (1967).

BUBER, M.: Schuld und Schuldgefühle. Heidelberg: Lambert Schneider 1958.

BUBER, M.: Schriften zum Chassidismus. Martin Buber Werke 3. Bd. München: Kösel, Heidelberg: Lambert Schneider 1963.

BUBER, M.: Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider 1979.

BÜRGER-PRINZ, H.: Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen. Nervenarzt 21, 505 (1950).

BÜRGER-PRINZ, H.: Psychiatrie und Probleme der Umwelt. Stud.gen. 4, 227 (1951).

FREUD, S.: Trauer und Melancholie. In: Sigmund Freud Ges. Werke Bd. X. London: Imago Publishing Co. 1949.

VON GEBSATTEL, V. E.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer 1954.

VON GEBSATTEL, V. E.: Imago hominis. Schweinfurt: Neues Forum 1964.

GLATZEL, J.: Endogene Depressionen. Stuttgart: Thieme 1973.

GLATZEL, J.: Aspekte einer interaktionalen Psychopathologie, dargestellt am Beispiel einer zyklothymen Depression. Nervenarzt 47, 362 (1976).

HAURI, P.: Was kann die Schlafforschung zum besseren Verständnis der Depression beitragen? In: H. Heimann u. H. Giedke (Hrsg.) Neue Perspektiven in der Depressionsforschung. Bern Stuttgart Wien: Huber 1980.

HEIDEGGER, M.: Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer 1972[12].

HEIMANN, H.: Psychophysiologie depressiver Syndrome. In: Zum Stand der Depressionsforschung. Symp.d.Tropon-Werke Köln 1976. Das ärztliche Gespräch 26, Köln 1976.

HEINRICH, K.: Stimmung und Gestimmtheit in der Melancholie. In: W. Schulte u. W. Mende (Hrsg.) Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. Stuttgart: Thieme 1969.

HIPPIUS, H. u. H. SELBACH: Das depressive Syndrom. München Berlin Wien: Urban und Schwarzenberg 1969.

HIPPIUS, H.: Zusammenfassung der Diskussion zu physiopathogenetischen Aspekten in der Depressionsforschung. In: H. Heimann u. H. Giedke (Hrsg.) Neue Perspektiven in der Depressionsforschung. Bern Stuttgart Wien: Huber 1980.

HOLE, G.: Der Glaube bei Depressiven. J. Glatzel, H. Krüger, C. Scharfetter (Hrsg.) Forum der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1977.

JACOBSON, E.: Depression, Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions. New York: International Universities Press 1975[4].

JANZARIK, W.: Die zyklothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. Schweiz.Arch.Neurol.u.Psychiat. 80, 174 (1957).

JANZARIK, W.: Die produktive Psychose im Spannungsfeld pathogener Situationen. Nervenarzt 36, 238 (1965).

JANZARIK, W.: Probleme der strukturell-dynamischen Kohärenz in der Zyklothymieforschung. Nervenarzt 45, 628 (1974).

JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer 1953[6].

KATZ, M. M.: The classification of depression: normal, clinical and ethnocultural variations. In: R. Fieve (Ed.) Depression in the Seventies, Proceedings of the Symp. New York 1970; Amsterdam London Princeton: Excerpta Medica 1971.

KIELHOLZ, P.: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. München: Lehmann 1965.

KIELHOLZ, P.: (Hrsg.) Die Depression in der täglichen Praxis. Int.Symp. St. Moritz 1974; Bern Stuttgart Wien: Huber 1974.

KORNHUBER, H.: Über Auslösung cyclothymer Depressionen durch seelische Erschütterungen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 193, 391 (1955).

KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Barth 1909-1913[8].

KRANZ, H.: Depressionen. München-Gräfelfing: Dr. E. Banaschewski 1972[2].

KRAUS, A.: Melancholiker und Rollenidentität. In: W. Schulte u. W. Mende (Hrsg.) Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. Stuttgart: Thieme 1969.

KRAUS, A.: Situationstheoretische Aspekte der Auslösung manisch-depressiver Phasen. In: W. Walcher (Hrsg.) Probleme der Provokation depressiver Psychosen. Wien: Brüder Hollinek 1971.

KRAUS, A.: Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Stuttgart: Enke 1977.

KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer 1955[21u.22].

LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. In: O. Bumke: Hdb.d.Geisteskrankheiten.VI.Spez.Teil II. Berlin: Springer 1928.

LEHMANN, H. E.: Schlußdiskussion z. Diagnostik Int.Symp. St. Moritz 1973: Die larvierte Depression. In: P. Kielholz (Hrsg.) Die larvierte Depression S. 291. Bern Stuttgart Wien: Huber 1973.

LEMKE, R.: Über die vegetative Depression. Psychiat.Neurol. med.Psychol 1, 161 (1949).

LEVITT, E. u. B. Lubin: Depression. New York: Springer 1975.

LOPEZ-IBOR, J. J.: Einige Anmerkungen zum Begriff der Depression. In: P. Kielholz (Hrsg.) Die Depression in der täglichen Praxis. Bern Stuttgart Wien: Huber 1974.

LORENZER, A.: Die Verlustdepression. Arch.Psychiat.Nervenkr. 198, 649 (1959).

MATUSSEK, N.: Zur Biochemie und Neuroendokrinologie der Depression. In: H. Heimann u. H. Giedke (Hrsg.) Neue Perspektiven in der Depressionsforschung. Bern Stuttgart Wien: Huber 1980.

MATUSSEK, N.: Diskussionsbemerkung. In: H. Heimann u. H. Giedke (Hrsg.) Neue Perspektiven in der Depressionsforschung, S. 128. Berlin Stuttgart Wien: Huber 1980a.

MATUSSEK, P., A. HALBACH u. U. TROEGER: Endogene Depression. Eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle. München Berlin: Urban u. Schwarzenberg 1965.

MAUZ, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme 1930.

MERLEAU-PONTY, M.: Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter u. Co. 1966.

MINKOWSKI, E.: Die gelebte Zeit. II. Bd.: Über den zeitlichen Aspekt psychopathologischer Phänomene. Originalausgabe: Le Temps vecu 1933; Salzburg: O. Müller 1972.

MOMBOUR, W.: Klinische Methodologie. In: Zum Stand der Depressionsforschung. Symp.d.Tropon-Werke Köln 1976. Das ärztliche Gespräch 26, Köln 1976.

MÜLLER-FAHLBUSCH, H. u. S. IHDA: Endogene Depressionen bei Wohnungswechsel. Nervenarzt 38, 247 (1967).

MÜLLER-FAHLBUSCH, H.: Endogene depressive Phasen nach dem Tode eines Angehörigen. Nervenarzt 42, 426 (1971).

NISSEN, G.: Kinderpsychiatrische Aspekte der Depressionsforschung. In: H. Heimann u. H. Giedke (Hrsg.) Neue Perspektiven in der Depressionsforschung. Bern Stuttgart Wien: Huber 1980.

PAULEIKHOFF, B.: Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 198, 456 (1958).

PAULEIKHOFF, B.: Über die Auslösung endogener depressiver Phasen durch situative Einflüsse. Arch.Psychiat. Nervenkr. 198, 456 (1959).

PAULEIKHOFF, B.: Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Stuttgart: Enke 1964.

PAULEIKHOFF, B., H. MESTER u. H. MÜLLER-FAHLBUSCH: Endogene Depressionen nach Unfall. Psychiat.clin. 3, 123 (1970).

PAULEIKHOFF, B.: Grundfragen der Provokation depressiver Psychosen. In: W. Walcher (Hrsg.) Probleme der Provokation depressiver Psychosen. Int.Symp. Graz 1971. Wien: Brüder Hollinek 1971.

PERRIS, C.: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta psychiat.scand. 42, Suppl. 194 (1966).

PERRIS, C.: The separation of bipolar (manic-depressive) from unipolar recurrent depressive psychoses. Behav.Neuropsychiat 1, 17 (1969).

PFEIFFER, W. M.: Transkulturelle Aspekte der Depression. In: W. Schulte u. W. Mende (Hrsg.) Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. Stuttgart: Thieme 1969.

REES, W. L.: Das Problem der Differentialdiagnose. In: P. Kielholz (Hrsg.) Die Depression in der täglichen Praxis. Int.Symp. St. Moritz 1974; Bern Stuttgart Wien: Huber 1974.

REISS, E.: Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Z.Ges.Neurol.Psychiat.Originalien II, 347 (1910).

RUFFIN, H.: Melancholie. Dtsch.Med.Wschr. 1957, 1080, 1085-1092.

SCHULTE, W.: Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestation neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. Nervenarzt 22, 140 (1951).

SCHULTE, W.: Nichttraurigseinkönnen im Kern melancholischen Erlebens. Nervenarzt 32, 314 (1961).

SCHULTE, W.: (Hrsg.) Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung. Suttgart: Hippokrates 1965.

SCHULTE, W.: Diskussionsbemerkung. In: W. Walcher (Hrsg.) Probleme der Provokation depressiver Psychosen. Int.Symp. Graz 1971, S. 143. Wien: Brüder Hollinek 1971.

STAUDER, K.H.: Über den Pensionierungsbankrott. Psyche 9, 481 (1955/56).

STRAUS, E.: Das Zeiterleben in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. Moschr.f. Psychiat.u.Neurol. 68, 639 (1928).

STRAUS, E.: Die Formen des Räumlichen. Nervenarzt 3, 633 (1930).

TELLENBACH, H.: Melancholie. Berlin Heidelberg New York: Springer 1976[3], 1. Aufl. 1961.

TELLENBACH, R.: Typologische Untersuchungen zur prämorbiden Persönlichkeit von Psychotikern unter besonderer Berücksichtigung Manisch-Depressiver.Confin.Psychiat. 18, 1 (1975).

WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. In: Kisker, Meyer, Müller, Strömgren (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/1, Klinische Psychatrie 1. Berlin Heidelberg: Springer 1972.

VON WEIZSÄCKER, V.: Der Gestaltkreis. Frankfurt: Suhrkamp 1973.

WIECK, H.: Zur Lokalisation zyklothymer Mißempfindungen (2300 Fälle). Med. Welt, 1965, 2452.

WINKLER, W. Th.: Formen existentieller Depressionen und ihre psychotherapeutische Behandlung. Regensburger Jahrbuch f. ärztl. Fortbildung 6, 236 (1957/58).

WYSS, D.: Beziehung und Gestalt. Göttingen: Vandenhoeck u. Rupprecht 1973.

WYSS, D.: Mitteilung und Antwort. Göttingen: Vandenhoeck u. Rupprecht 1976.

ZERBIN-RÜDIN, E.: Genetik. In: Zum Stand der Depressionsforschung, Symp. der Tropon-Werke Köln 1976. Das ärztliche Gespräch 26, Köln 1976.

ZERBIN-RÜDIN, E.: Neue Strategien und Befunde in der genetischen Depressionsforschung. In: H. Heimann u. H. Giedke (Hrsg.) Neue Perspektiven in der Depressionsforschung. Bern Stuttgart Wien: Huber 1980.

VON ZERSSEN, D., D.-M. KOELLER u. E.-R. REY: Objektivierende Untersuchungen zur prämorbiden Persönlichkeit endogen Depressiver. In: H. Hippius u. H. Selbach (Hrsg.) Das depressive Syndrom. München Berlin Wien: Urban und Schwarzenberg 1969.

VON ZERSSEN, D., D.-M. KOELLER u. E.-R. REY: Die prämorbide Persönlichkeit von endogen Depressiven. Confin.Psychiat. 13, 156 (1970).

VON ZERSSEN, D.: Der Typus melancholicus in psychometrischer Sicht (Teil 1 und 2). Z.klin.Psychol.Psychother. 24, 200 und 305 (1976).

VON ZERSSEN, D.: Persönlichkeitsforschung bei Depressionen. In: H. Heimann u. H. Giedke (Hrsg.) Neue Perspektiven in der Depressionsforschung. Bern Stuttgart Wien: Huber 1980.

ZUTT, J.: Über Daseinsordnungen. Ihre Bedeutung für die Psychiatrie. In: Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie, Gesammelte Aufsätze. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer 1963a. Aus: Nervenarzt 24, 177 (1953).

ZUTT, J.: Über den tragenden Leib. In: Auf dem Wege ... 1963 b. Aus: Jb.Psychol.Psychother. 6,166 (1958).

ZUTT, J.: Über den Stand des in Erscheinung stehenden Menschen. In: Auf dem Wege ... 1963c. Aus: Nervenarzt 30, 415 (1959).

ZUTT, J.: Gedanken über die menschliche Bewegung als mögliche Grundlage für das Verständnis der Bewegungsstörungen bei Geisteskrankheiten. In: Auf dem Wege ... 1963d. Aus: Nervenarzt 28, 7 (1956).

ZUTT, J.: "Außersichsein" und "auf sich selbst zurückblicken" als Ausnahmezustand (Zur Psychopathologie des Raumerlebens). In: Auf dem Wege ... 1963e. Aus: Nervenarzt 24, 24 (1953).

Anhang I

Der für die Untersuchung verwendete Fragebogen

1. Schildern Sie alle Krankheitserscheinungen, die Ihnen an sich aufgefallen sind.
   Wie lange bestehen diese?

2. Wann sind Ihnen Ihre gegenwärtigen Beschwerden, Veränderungen Ihrer Befindlichkeit oder Ihres Verhaltens erstmalig aufgefallen?
   Unter welchen Umständen?

3. Haben Sie sich einmal nach dem Warum Ihres Krankseins und Ihrer Beschwerden gefragt?
   Welche Antwort haben Sie gefunden?

4. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrem jetzigen Befinden und Ihrer Lebensgeschichte?

5. Wie haben Sie bis jetzt versucht mit Ihrem Kranksein und Ihren körperlichen und seelischen Störungen und Behinderungen fertig zu werden?

6. Empfinden Sie häufig Mitleid mit sich selbst?

7. Können Sie sich zum unbedingt Notwendigen auch dann zwingen, wenn Sie niedergeschlagen und verzweifelt sind?

8. Müssen Sie sich oft gegen Ihren Willen Krankheiten vorstellen, die Sie befallen haben könnten?

9. Haben Sie sich früher Sorge um Ihren Körper gemacht?

10. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit körperlichen Krankheiten/Mißbehagen, Verstimmungen fertig?

11. Waren Sie als Kind oft krank? Welche Krankheiten hatten Sie? Wie haben Sie das Kranksein erlebt?

12. Achteten Ihre Eltern sehr auf die Gesundheit?

13. Leben Sie nach Ihrer Gesundheit?
    Was beachten Sie besonders?

14. Härten Sie sich ab? Wodurch?

15. Welchen Sport treiben Sie am liebsten?

16. Würden Sie früh zu Sportarten angehalten, die Sie heute noch treiben?

17. Wie haben Sie es verkraftet, wenn Sie bei Sport - Spiel nicht mithalten konnten?

18. Können Sie sich selbst verwöhnen? In welcher Weise?

19. Ist es Ihnen gleichgültig was Sie essen, oder lieben Sie Abwechslung?

20. Essen und Trinken Sie gerne?
Können Sie Leute verstehen, die für Essen sehr viel Geld ausgeben?

21. Wurden Ihnen beim Essen Vorschriften gemacht? (z.B. Wurden Sie bei Tisch zum Essen angehalten, mußten Sie alles essen, was auf den Tisch kam, bekamen Sie es zugeteilt oder überließ man Ihnen selbständig die Auswahl dessen, was Sie essen wollten?

22. Hatten Sie Zeiten, in denen Sie besonders viel gegessen haben und vielleicht dick wurden, dann wieder Zeiten, in denen Sie wenig aßen und abmagerten?

23. Waren Sie als Kind schwächlich oder kräftig? Gewandt oder plump?

24. Wie haben Sie Veränderungen an Ihrem Körper während der Pubertät erlebt?

25. Haben Sie Angewohnheiten in bezug auf Ihren Körper, die Sie ablegen möchten? (z.B. Rauchen, Nägelkauen)

26. Ist es Ihnen gelegentlich aufgefallen, daß Sie bei oder nach Aufregungen, Streit, Ärger, Wut, Enttäuschungen, Scheitern, bestimmte körperliche Beschwerden auftreten?
Welche?
Haben Sie schon mal einen Zusammenbruch gehabt?
Wie sah dieser aus?

27. Haben Sie Stimmungsschwankungen, manchmal Affektausbrüche?

28. Erleben Sie sich in Ihren Stimmungen stark schwankend?

29. Fühlen Sie sich oft von gegensätzlichen Regungen oder Gefühlen hin- und hergerissen?
In welchen Bereichen?

30. Welche Ihrer Gefühle und Stimmungen können Sie am ehesten gelten lassen, welche nicht?

31. Welche Gefühle, Launen, Stimmungen überwogen bei Ihnen in Ihrer Kindheit/Jugend?
Werden Sie auch heute noch davon beeinflußt?
(z.B. Sich-abgewiesen-Fühlen, minderwertig zu sein, zu Höherem berufen zu sein, es nicht erreicht zu haben)

32. Waren Sie als Kind/junger Mensch eher weinerlich/albern/ausgelassen?

33. Neigten Sie zu Wutanfällen? Trotz? Wie verhielt sich dann Ihre Umgebung?

34. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Aggressionen gegen die Umwelt/Bezugspersonen/Eltern/Geschwister fertig?

35. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Eifersucht/Rivalität fertig?

36. Haben Sie Angst? Wovor?

37. Gibt es Räume, Plätze, Orte, wo Sie Angst bekommen? Wie äußern sich diese Ängste?

38. Wie werden Sie mit Angst und Niedergeschlagenheit fertig?

39. Wovor hatten Sie als Kind am meisten Angst?
In welchem Alter und wie lange?

40. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Ängsten fertig?

41. Litten Sie unter Minderwertigkeitsgefühlen? in Bezug auf was? (Aussehen, Kleidung, Lernen usf.)
Waren Sie selbstbewußt oder arrogant?

42. Hielten Sie sich eher für schön oder häßlich?

43. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Minderwertigkeitsgefühlen/Unsicherheiten fertig?

44. Was geht in Ihnen vor, wenn Sie sich im Spiegel sehen?

45. Halten Sie sich für attraktiv?

46. Fühlen Sie sich oft minderwertig?

47. Kennen Sie attraktive Männer/Frauen näher?

48. Langweilen Sie sich oft? Wann? Wo?

49. Können Sie sich rasch für etwas begeistern?
Wenn ja, für was?

50. Haben Sie Gedanken oder Impulse, die Sie dazu treiben, etwas Verbotenes zu tun?
In welcher Situation?

51. Sind Sie sich selbst manchmal unheimlich?

52. Malen Sie sich gerne Wunschbilder aus - überlassen Sie sich Ihren Phantasien?

53. Was bedeutet Ihnen Musik, Malerei, Tanz?

54. Hatten Sie als Jugendlicher Lieblingsbücher?

55. Mochten Sie bestimmte Märchen gerne, andere weniger? Welche nicht?

56. Können Sie sich ungefähr erinnern, wann Sie die Verschiedenheit der Geschlechter bemerkt haben und wie hat das auf Sie gewirkt?

57. Haben Sie sich damit abfinden müssen, ein Junge oder Mädchen zu sein, oder stellte das kein Problem für Sie dar?

58. Schildern Sie die Einstellung Ihrer Erziehungspersonen zum Körper, zur Sexualität. Inwieweit wurde dadurch die Entdeckung Ihrer eigenen Sinnlichkeit beeinflußt?

59. Durften Sie Ihre Geschwister/Eltern unbekleidet sehen, sich mit deren Körper beschäftigen (z.B. gemeinsames Baden) oder war das nur zufällig möglich oder ganz unmöglich?

60. Gab es zu Hause Zärtlichkeiten?

61. Haben Sie Zärtlichkeiten entbehrt?

62. Wann, wie und durch wen wurden Sie aufgeklärt und wie haben Sie die "Aufklärung" erlebt?

63. Sind Ihre frühesten Erinnerungen an erotische Erlebnisse angenehm oder mit Schuld verbunden?

64. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit den ersten sex. Regungen fertig?

65. Wie haben Sie sich mit den ersten sexuellen Empfindungen auseinandergesetzt?
Gab es Konflikte?

66. Waren Sie schon als Kind verliebt?
In der Pubertät?
In wen?

67. Haben sich Ihnen erotische Erlebnisse in der Kindheit/Jugend eingeprägt, die Sie heute noch positiv oder negativ beeinflussen? Welche?

68. Glauben Sie, daß Familienangehörige Sie in Ihrer Partnerwahl aufgrund äußerer oder anderer Ähnlichkeiten bestimmt haben?

69. Gehört für Sie die geschlechtliche Vereinigung zum Schönsten oder ist es nur ein notwendiges Übel?

70. Was erregt Ihre Sinnlichkeit am meisten?

71. Verhalten Sie sich in erotischer Beziehung eher aktiv oder passiv?

72. Was bedeutet Ihnen das Liebesspiel?

73. Sind Sie in den Liebespraktiken für Abwechslung?

74. Entdecken Sie in Liebesbeziehungen immer wieder etwas Neues?

75. Werden Sie durch Männer/Frauen erotisch angezogen, die Sie als Gegensätze zu sich selbst erleben?

76. Können Sie sich vorstellen, daß Sie einem Mann/Frau erotisch so verfallen, daß Sie nicht mehr von ihm/ihr loskommen?

77. Können Sie sich erotische Beziehungen zu einem gleichgeschlechtlichen Partner vorstellen? Haben Sie eine solche?

78. Stellt die Sexualität für Sie manchmal ein Problem dar? In welcher Hinsicht?

79. Wie werden Sie mit sexuellen Problemen und Konflikten zwischen Ihnen und Ihrem Partner fertig?

80. Hat die Sexualität jemals für Sie ein Problem dargestellt? Inwiefern?

81. Besprechen Sie Fragen der Sexualität in Ihrer Familie?

82. Haben Sie intensiv gehaßt/geliebt, oder waren Sie in Ihren Gefühlen eher ausgeglichen, beherrscht?

83. Wenn Sie jemanden lieben, ist es ausschließlich? Oder können Sie sich noch eine andere erotische Beziehung daneben vorstellen?

84. Was halten Sie von Untreue in der Partnerbeziehung; wie würden Sie sich in einer solchen Situation verhalten? Würden Sie mit Ihrem Partner darüber sprechen, oder gilt für Sie: "Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß"?

85. Sind Sie im allgemeinen für unverbindliche, lockere Beziehungen?
Warum?

86. Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige Partnerbeziehung?
Enge Bindung?
Zunehmend sich lösend?

87. Wenn Sie sich einmal für einen Menschen entschieden haben, halten Sie auch dann zu ihm, wenn er es nicht wert ist?

88. Nehmen Sie an jemandem, den Sie lieben, auch Fehler wahr?

89. Brauchen Sie auch gegenüber Ihnen nahestehenden Personen Abstand oder wollen Sie ihnen immer nahe sein?

90. Ist für Sie Bindung gleich Abhängigkeit?

91. Hängen Ihre Angehörigen so sehr an Ihnen, daß diese ganz auf Sie angewiesen sind?

92. Fühlen Sie sich noch für Ihre Eltern oder Geschwister verantwortlich? Warum?
Haben Sie diesen gegenüber Schuldgefühle?

93. Hängen Sie an bestimmten Personen besonders stark?
An welchen?

94. Gab es Personen, die Sie besonders geliebt oder gehaßt haben?

95. Gibt es Personen Ihrer Vergangenheit, die Ihnen heute noch nahe stehen?

96. Gibt es eine oder mehrere langjährige Bindung(en) in Ihrem Leben?
An wen?

97. Wem vertrauen Sie?

98. Erinnern Sie sich, in Ihrem Vertrauen besonders enttäuscht/getäuscht worden zu sein? Durch wen?

99. Wie werden Sie mit Konflikten und Problemen fertig, die sich aus Ihren menschlichen Beziehungen ergeben?

100. Wie werden Sie mit Verletzten und Enttäuschungen fertig? (z.B. Vergessen, dagegen angehen, sie durch bei anderen auslagen, aussprechen, Trost in Religion oder Weltanschauung suchen, fachliche Hilfe beanspruchen, sich betäuben)

101. Denken Ihnen persönliche Probleme lange nach oder werden Sie im allgemeinen schnell damit fertig?

102. Sind Sie leicht eifersüchtig? Auf wen? Weswegen?

103. Waren Sie eifersüchtig auf Geschwister/ auf Kinder, die sich mit anderen zusammentaten und Sie nicht mit einbezogen?

104. Halten Sie sich für nachtragend, rachsüchtig oder können Sie schnell vergessen?

105. Tragen Sie Ihr "Herz auf der Zunge" oder halten Sie sich für verschlossen und vorsichtig?

106. Glauben Sie im allgemeinen, daß Menschen, denen Sie etwas erzählen, wirklich zuhören und ihre Äußerung für wichtig nehmen?

107. Begeistern Sie sich für Menschen oder Ideen, die Sie dann schnell wieder ablehnen?

108. Macht es Ihnen Freude, neue Menschen kennenzulernen?

109. Lernen Sie gerne Menschen näher kennen? Auch solche, die anderer Meinung sind als Sie?

110. Wie stellen Sie sich eine Freundschaft vor?

111. Hatten Sie in der Kindheit Freunde/Freundinnen? Wie war es in Ihrer Jugend?

112. Verlieben Sie sich oft in Freundschaften oder warten Sie, daß man auf Sie zukommt?

113. In welcher Form von Geselligkeit fühlen Sie sich wohl? Wie verhalten Sie sich dabei?

114. Vergleichen Sie sich viel mit anderen Menschen? Zu Ihrem Vorteil oder mehr zu Ihrem Nachteil?

115. Sind Sie damit zufrieden, ein Mann/eine Frau zu sein, - warum?/warum nicht?

116. Halten Sie sich für ängstlich? Gehemmt? Vertrauensselig? Perfektion? Draufgängerisch? Geltungsbedürftig? Kargelzig? Selbstbewußt? Unter Minderwertigkeitsgefühlen leidend?

117. Wie glauben Sie, daß Sie von Ihrer Umgebung eingeschätzt werden? (arrogant, selbstbewußt, unsicher, schwankend, liebenswert, unbedeutend, bedeutend)

118. Glauben Sie, andere Menschen schließen sich Ihnen gerne an oder glauben Sie, daß Sie nicht richtig ankommen? Warum?

119. Kennen Sie Ihre Nachbarn oder Berufskollegen näher?

120. Gibt es in Ihrer Umwelt Konflikte? Was für welche und wie werden sie gelöst?

121. Haben Sie oft/manchmal/nie Streit mit Familienangehörigen, Arbeitskollegen, Freunden, Bekannten, Vorgesetzten?

122. Wie werden Sie mit Problemen und Konflikten zwischen Ihnen und Ihren Kindern fertig?

123. Glauben Sie, man könnte in seiner Umwelt ohne Streit auskommen?

124. Wie verhalten Sie sich bei Streit in Ihrer Umgebung; nehmen Sie sich es zu Herzen, versuchen Sie ihn zu schlichten, halten Sie sich heraus oder machen Sie mit?

125. Beurteilen Sie Ihre Umgebung weitgehend nach Ihren Gefühlen oder nach festen Gesichtspunkten?

126. Was geht Ihnen gegen den Strich?

127. Wie verhalten Sie sich Menschen gegenüber, die sich betont religiös oder ideologisch gebärden?

128. Was halten Sie von Menschen, die sich anderen gegenüber anpassen, unterwerfen und von anderen, die sich nichts gefallen lassen oder sich aggressiv durchsetzen?

129. Was halten Sie von Menschen, die wiederholt ihre Meinung ändern?

130. Lassen Sie sich in Streitgespräche und Auseinandersetzungen weltanschaulicher oder politischer Art ein?

131. Sind Sie in Ihrer Umgebung als scharfer Kritiker gefürchtet?

132. Fielen Ihnen in Ihrer Umwelt Ungerechtigkeiten in der Verteilung von Aufgaben auf (z.B. soziale Gegensätze)?
In welchem Alter?

133. Haben Sie öfter bemerkt, daß andere ungerecht behandelt wurden?

134. Wie bewältigen Sie Ungerechtigkeiten in Ihrer unmittelbaren Umgebung?

135. Was halten Sie von dem Satz: "Besser Unrecht erleiden als Unrecht tun"?

136. Wenn Ihnen Unrecht geschieht, würden Sie alle juristischen Mittel zu Hilfe nehmen, Ihr Recht zu verteidigen?

137. Verlangen Sie sich auch in schwierigen Situationen Zivilcourage ab oder sind Sie eher vorsichtig?

138. Wenn ein Ihnen Unbekannter auf der Straße angerempelt oder überfallen wird, - was würden Sie tun?

139. Wenn ein Familienangehöriger oder Freund in Not gerät, würden Sie ihm unverzüglich und unbesehen helfen, oder käme es auf die Umstände an?

140. Wenn Sie einen Unfall verursacht haben, versuchen Sie - wenn möglich - die Sache untereinander zu regeln oder holen Sie in jedem Fall die Polizei?

141. Sind Polizisten für Sie eher "Freund und Helfer" oder mehr "Bullen"?

142. Wenn Sie angegriffen werden, können Sie sich im Streit behaupten, geben Sie nach, oder sind Sie fähig, sich zu wehren?

143. Wenn Sie angegriffen werden, schlagen Sie gleich zurück? Oder wie verhalten Sie sich?

144. Konnten Sie sich gegenüber anderen Kindern durchsetzen oder waren Sie eher schüchtern? Waren Sie Anführer von Gruppen? Mitläufer? Oder haben Sie sich von allen Gruppierungen ferngehalten? Waren Sie Einzelgänger?

145. Wenn Sie jemanden hassen, drücken Sie es aus? Schleppen Sie es mit sich herum? Oder können Sie es vergessen?

146. Haben Sie bestimmte Personen besonders gehaßt?

147. Lassen Sie schlechte Laune an Ihrer Umwelt aus?

148. Macht es Ihnen Spaß, jemanden zu ärgern oder in Verlegenheit zu bringen? Wen?

149. Erinnern Sie Erlebnisse, in denen Sie sich am Schaden anderer (z.B. Mitschüler) freuten?

150. Denken Sie sich manchmal in der Phantasie Auseinandersetzungen, auch gewalttätige, aus?

151. Haben Sie in Phantasie oder Tagträumen Auseinandersetzungen, auch gewalttätige, weitergesponnen oder sich ausgedacht?

152. Können Sie Abneigung Menschen gegenüber überwinden, wenn Sie diesen damit schaden?

153. Fühlen Sie sich bei Streitigkeiten oft schuldig?

154. Haben Sie Angst, jemanden zu schädigen? Inwiefern?

155. Gibt es für Sie verbindliche moralische Grundsätze?

156. Ist Pflichterfüllung für Sie oberstes Lebensprinzip?

157. Was halten Sie vom Ausspruch: "Erst kommt das Fressen, dann die Moral."?

158. Glauben Sie, man kommt vorwärts, wenn man aufrichtig und wahrhaftig ist oder eher durch schlaue und krumme Touren?

159. Können Sie sich vorstellen, daß Sie sich mitreißen lassen, auch wenn es gegen einen Ihrer Grundsätze geht?

160. Sind Sie bei Notlügen eher großzügig?

161. Wie kommen Sie mit Ordnungen (moralischen, staatlichen, gesellschaftlichen usf.) zurande, die Sie ablehnen, aber befolgen müssen?

162. Nehmen Sie Anteil an dem Verlauf der Geschichte und der Politik?

163. Hat es Sinn, sich für die staatliche oder eine andere Ordnung einzusetzen? Welche?

164. Gab es moralische oder religiöse Grundsätze in Ihrer Familie? Wie haben Sie diese erlebt?

165. Wurden in Ihrer Kindheit von Ihren verschiedenen Erziehungspersonen unterschiedliche moralische Grundsätze vertreten? Welchen Einfluß hatte das auf Sie?

166. Können Sie sich an eines oder mehrere Vorbilder Ihrer Jugend erinnern?
Was liebten oder bewunderten Sie an den Vorbildern?

167. Haben Sie sich eigene Überzeugungen aufgebaut? Ab wann ungefähr?

168. Wenn Sie Kinder hätten, wie würden Sie diese erziehen? Streng? Tolerant?

169. Wozu wurden Sie besonders erzogen?

170. Welche Handlungen wurden belohnt? Nennen Sie einige Beispiele. Waren sich Ihre Eltern darin einig?

171. Wurden Ordnung, Pünktlichkeit belohnt, nicht beachtet, darauf gedrängt?

172. Wie hielt man es in Ihrem Elternhaus mit der Ordnung?

173. Waren die häuslichen Verhältnisse unordentlich, schlampig, verwahrlost? War es Ihnen gleichgültig? Sehnten Sie sich nach Ordnung? Hatten Sie es gerne? War es gemütlich?

174. Gab es zu Hause Streit wegen der Ordnung?

175. Haben Sie sich gegen geforderte Ordnung aufgelehnt (z.B. Tischordnung, Hausordnung, Ordnung im Badezimmer, Schulordnung usf.?)
Haben Sie sich handelnd oder nur in Phantasien und Tagträumen dagegen aufgelehnt?

176. Haben Sie beobachtet, daß bei Verwandten oder Bekannten andere Sitten herrschten, in bezug auf Benehmen, Umgangsformen? Wie haben Sie diese erlebt?

177. Wie halten Sie es mit der Ordnung bei sich? (im Innen/im Außen)?

178. Legten Sie als Jugendlicher auf die äußere Ordnung besonderen Wert? Wie war es mit der inneren Ordnung? (schlechtes Gewissen, mit sich selbst und seiner Umgebung im Reinen sein oder ähnliches)?

179. Wie werden Sie mit Unordnung im Inneren und Äußeren fertig?

180. Wenn Sie Unordnung stört, können Sie sie lassen oder müssen Sie Ordnung schaffen?

181. Achten Sie darauf, daß es in Ihrer Umgebung pünktlich und ordentlich zugeht?

182. Muß in Ihrem Leben alles geplant und geregelt verlaufen?

183. Lieben Sie Überraschungen?

184. Sind Sie neugierig? Wenn ja, in bezug auf was?

185. Waren Sie als Kind neugierig? In bezug auf was?

186. Stöbern Sie gerne in unaufgeräumten Schubladen, Dachböden, beim Trödler herum?

187. Halten Sie sich für sparsam, geizig, verschwenderisch? Bei welchen Gelegenheiten?

188. Fühlen Sie sich ausgebeutet? (vom Arbeitgeber, Ihrem Mann/Ihrer Frau, der Familie)?

189. Halten Sie sich für ehrgeizig?

190. Wie stehen Sie zu Ihrem Beruf oder Ihrer Tätigkeit?

191. Wenn Sie noch keinen Beruf haben, was möchten Sie werden?

192. Wie beurteilen Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Beruf?
Erfüllt?
Verfehlt?

193. Ist für Sie Beruf und Lebenszweck ein und dasselbe?

194. Hängen Sie an Ihrem Beruf?

195. Was erwarten Sie sich von Ihrem Beruf?

196. Was hat Sie bei der Wahl Ihres jetzigen Berufes beeinflußt?
Hatten Sie auch andere Wünsche?

197. Haben Sie den Beruf Ihres Vaters/Ihrer Mutter oder den einer anderen Bezugsperson ergriffen?

198. Wie erlebten Sie den Beruf und die gesellschaftliche Stellung Ihres Vaters/Ihrer Mutter?

199. Beschreiben Sie Ihre gegenwärtige berufliche Umgebung.

200. Bietet Ihr Beruf Ihnen noch neue Möglichkeiten? (Aufgaben, Chancen zum Aufstieg usf.?) Wenn ja, sind Sie darauf aus?

201. Sind Sie in Ihrem Beruf erfinderisch?

202. Können Sie schnell Entscheidungen treffen oder zögern Sie?

203. Wie werden Sie mit lästiger aber notwendiger Arbeit fertig?

204. Wie werden Sie damit fertig, wenn Ihnen Ihre Aufgaben über den Kopf wachsen?

205. Wenn Sie in der Arbeit Ihre Ziele nicht erreichen, versuchen Sie es von Neuem oder geben Sie eher auf?

206. Wie werden Sie mit beruflichem Scheitern und Versagen fertig?

207. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Scheitern fertig?

208. Welche Bedeutung messen Sie Ihren Erfolgen bei?

209. Halten Sie sich für verantwortungsbewußt? In welchen Bereichen? (Beruf, Familie)

210. Fühlen Sie sich von der Last Ihrer Verantwortung manchmal erdrückt?

211. Wie werden Sie damit fertig, wenn Ihnen Ihre Verantwortung über den Kopf wächst?

212. Kennen Sie Menschen, die Verantwortung suchen? Was mag sie dazu bewegen?

213. Würden Sie sich als zuverlässig bezeichnen?

214. Halten Sie sich für gewissenhaft und gründlich in Ihrer Arbeit?

215. Neigen Sie dazu, bestimmte Dinge immer wieder zu kontrollieren (z.B. Licht, Gas, Haustür, Ihre Arbeit)?
Was könnte passieren, wenn Sie nicht kontrollieren?

216. Sind Sie in Ihrer Leistung von Stimmungen abhängig?

217. Hatten Sie Zeiten des Leistungsabfalls oder der Steigerung?
Womit hing das zusammen?
Wie haben Sie das erlebt?

218. Könnten Sie alles über Bord werfen, wenn Sie beruflich eine neue Chance haben?
Ortswechsel? Trennung von der Familie?

219. Welche Konflikte gibt es in Ihrem beruflichen Bereich? (z.B. in der Art der Arbeit, mit Arbeitskollegen, mit Untergebenen, Vorgesetzten)?

220. Gibt es bei Ihnen Konflikte einerseits zwischen Aufgaben, Pflichten, Verantwortung, andererseits zwischen Bedürfnissen, Wünschen, Neigungen?
Welcher Art?

221. Haben Sie in Ihrer Kindheit und Jugend Konflikte und Auseinandersetzungen erlebt, zwischen dem, was man von Ihnen erwartete, forderte und Ihren persönlichen Bedürfnissen? Wie haben Sie sich in diesen Konflikten verhalten: Haben Sie sich unterworfen, sich gedrückt, sich offen aufgelehnt? Hatten Sie dann Schuldgefühle?

222. Konnten Sie sich für Ihre Schule und weiterführende Ausbildung frei entscheiden?
Wurden Sie dazu gedrängt oder daran gehindert?

223. Mußten Sie sich früh selbständig durchschlagen oder lebten Sie in gesicherten Verhältnissen?

224. Was wurde Ihnen als Kind an selbständigen Aufgaben zugemutet/zugetraut?

225. Mußten Sie mehr/weniger Aufgaben übernehmen als Ihre Geschwister? Warum?

226. Haben Sie sich zu neuen Aufgaben/Pflichten als Kind gedrängt: zu Hause, in der Schule, in Jugendvereinen - oder sich lieber gedrückt?

227. Wissen Sie etwas über Ihre frühesten Lernversuche im Gehen und Sprechen? Was über Ihre Reinlichkeitserziehung?

228. Waren Sie als Kind ehrgeizig? In welchen Bereichen?

229. Haben Sie in der Schule ein starkes Geltungsbedürfnis anderen und dem Lehrer gegenüber gehabt?

230. Kämpften Sie um besondere Positionen? Wollten Sie z.B. gern Klassensprecher oder Gruppenführer werden?

231. Wie reagierte man auf Ihre Schulleistungen zu Hause?

232. Welches waren Ihre Lieblingsfächer in der Schule?

233. Waren Sie ein fleißiger Schüler?
Haben Sie außerschulische Dinge interessiert?
Welche?

234. Hatten Sie als Kind/junger Mensch künstlerische Neigungen?
Wurden Sie darin gefördert oder behindert?

235. Trieben Sie lieber Leistungs- oder Spielsport?

236. Was waren Ihre Lieblingsspiele?

237. Konnten Sie beim Spielen verlieren? Ließ man Sie meistens gewinnen? (als Kind - Jugendlicher?)

238. Spielen Sie regelmäßig Toto, Lotto u.ä. Glücksspiele? Würden Sie gerne mal auf der Spielbank Ihr Glück versuchen?

239. Was haben Sie als Kind am liebsten getan?

240. Welche Hobbies betreiben Sie?

241. Was würden Sie tun, wenn Sie nicht Ihren Lebensunterhalt verdienen müßten?

242. Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

243. Sammeln Sie etwas?
Als Hobby?
Was?

244. Können Sie sich leicht von Gegenständen trennen oder müssen Sie alles aufheben?

245. Reisen Sie gerne? Wie am liebsten?

246. Haben Sie besondere Interessen? Welche?

247. Was lesen Sie bevorzugt? (Romane, Fachliteratur, Zeitschriften, Zeitungen, bei letzteren welchen Teil?)

248. Was sehen Sie am liebsten im Fernsehen?

249. Lesen Sie die Tageszeitung regelmäßig nach besonderen Gesichtspunkten durch?

250. Legen Sie an sich und Ihre Umwelt in bezug auf Leistung strenge Maßstäbe an?

251. Beurteilen Sie Arbeitskollegen verwiegend nach deren Arbeitsleistung?

252. Bestimmt für Sie die Leistung den Wert eines Menschen?
Auch bei Ihrem Partner?

253. Beurteilen Sie Ihr Leben danach, was Sie beruflich und durch Leistung erreicht haben?

254. Was haben Sie von sich erwartet, was erwarten Sie noch von sich selbst?

255. Was erwarten Sie weiterhin vom Leben?

256. Halten Sie sich für gescheitert?
In welchen Bereichen/Beziehungen?

257. Was denken Sie über Selbstmord?

258. Haben Sie schon einmal erwogen, sich das Leben zu nehmen?
In welcher Situation?

259. Gibt es etwas, wofür Sie sich verantwortlich fühlen?

260. Wem gegenüber fühlen Sie sich verpflichtet? Warum?

261. Wofür fühlen Sie sich am meisten verantwortlich? (z.B. Gesundheit, Familie, Beruf?)

262. Haben Sie ein Idealbild von sich?
Glauben Sie es erreicht zu haben oder noch zu erreichen?

263. Setzen Sie sich immer wieder kritisch mit sich selbst auseinander?
Kommt dabei etwas heraus?

264. Glauben Sie in den letzten Jahren besondere Fortschritte in Ihrer Entwicklung gemacht zu haben?

265. Glauben Sie, sich im Laufe Ihres Lebens verändert zu haben oder sind Sie immer gleich geblieben?

266. Nehmen Sie sich gelegentlich vor, sich zu ändern?
Wie müßte das aussehen?

267. Fallen Ihnen Veränderungen in Ihrer Umgebung auf?

268. Haben Sie in den letzten Jahren in Ihrer persönlichen Umgebung Veränderungen festgestellt?

269. Haben Sie Angst vor Veränderungen in Ihrer Umgebung oder suchen Sie diese?

270. Können Sie sich vorstellen, daß ein Unglücksfall für Sie Anlaß wird, zu lernen, neue Pläne zu entwerfen, - oder sich niederschmettern zu lassen und aufzugeben?

271. Gab es ein besonderes Ereignis, an dem Sie bemerkten, daß Sie und alles vergeht? Wie haben Sie das erlebt? (z.B. anläßlich eines Todesfalles)

272. Glauben Sie an etwas? Woran?

273. Glauben Sie, daß das Leben einen Sinn hat?
Was für einen?

274. Glauben Sie an ein Leben nach dem Tode?
An eine ausgleichende Gerechtigkeit?

275. Kommen Ihnen manchmal Zweifel an Ihrer Weltanschauung bzw. Religion?

276. Haben Sie in Ihrer Religion oder Weltanschauung Widersprüche festgestellt?

277. Gibt Ihnen Ihre Weltanschauung bzw. Religion Anlaß zu Konflikten? z.B. daß Ihre Religion etwas verbietet, was Sie tun möchten?

278. Wie werden Sie damit fertig, wenn Ihnen "das Gewissen schlägt"?

279. Sind Sie in Ihrer Kindheit/Jugend zwischen religiös-weltanschaulichen Forderungen in Konflikt geraten? In welcher Situation?

280. Erinnern Sie Erlebnisse (Kindheit - Jugend - auch in späteren Jahren), in denen Sie sich besonders tüchtig, gut, "edel", vorbildhaft und solche, in denen Sie sich sehr schlecht vorgekommen sind?

281. Glauben Sie, daß Sie es in Ihrem Leben schwerer als andere hatten? Warum?

282. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Lebensgeschichte und der Geschichte Ihrer Familie, Eltern, Großeltern?

283. Machen Sie Ihren Eltern wegen falscher Erziehung - innerlich - Vorwürfe? Weswegen?

284. Schildern Sie kurz das Milieu Ihrer Kindheit und Jugend.

285. Was sind Ihre frühesten Erinnerungen an Vater/Mutter/Großeltern, andere Erziehungspersonen/an Geschwister oder andere Kinder?

286. Gab es in Ihrem Leben einen Zeitpunkt, von dem ab Sie Ihren Vater und Ihre Mutter plötzlich anders sahen als gewohnt?
Hat das Ihre Einstellung länger - bis heute - beeinflußt?

287. Haben Sie als Kind und junger Mensch sich für die Geschichte und Herkunft Ihrer Familie interessiert?

288. Sind Sie mit Ihrem Herkommen und Ihrer Familie, Ihrer eigenen Geschichte zufrieden?

289. Gab es Vorfahren, auf die man stolz sein konnte, oder derer man sich schämen mußte?

290. Wie war die Atmosphäre zu Hause?

291. Wurde die Stimmung zu Hause von jemandem besonders bestimmt? Wie?

292. Wie haben Sie die familiäre Atmosphäre, die Stimmungen von Vater und Mutter erlebt?

293. Haben Sie den größten Teil Ihrer Kindheit und Jugend in der gleichen Umgebung verbracht oder wurde diese - z.B. durch Wohnsitzwechsel - häufig verändert. Wie haben Sie das erlebt?

294. Erinnern Sie Ihre Kindheit grau und eintönig, oder abwechslungsreich?

295. Haben Sie sich durch strenge Erziehungsmethoden oder durch beschränkte räumliche Möglichkeiten eingeengt gefühlt?

296. Wie reagierten Sie, wenn Sie sich durch Gebote oder Verbote eingeengt fühlten?

297. Hatten Sie unter sozialen Gegensätzen zu leiden? (z.B. wegen Ihrer Herkunft/Schulbildung?)

298. Wurden zu Hause andere Menschen verachtet? Welche? Weswegen?

299. Waren nur die elterlichen Vorstellungen für Sie bestimmend oder haben Sie noch andere Lebensweisen kennengelernt?

300. Glauben Sie, daß Sie sich von Ihren Eltern und Bezugspersonen und deren Einflüssen weitgehend gelöst haben?
Was ist an deren Stelle getreten?

301. Haben Sie eine zeitlang an Überzeugungen festgehalten, sie später durch andere Einflüsse über Bord geworfen? Was für Einflüsse?

302. Welche Gewohnheiten Ihrer Kindheit/Jugend pflegen Sie heute noch?
(Feste feiern, Tisch- und Zu-Bett-Geh-Gewohnheiten, Zubereitung von Mahlzeiten usf.)

303. War Ihre Umgebung in der Kindheit von starken Gegensätzen geprägt? Wie haben Sie diese erlebt?

304. Was waren für Sie die wichtigsten positiven Erlebnisse (Ereignisse) Ihrer Kindheit, Jugend, Ihres Lebens überhaupt?

305. Welches waren die größten Enttäuschungen Ihrer Kindheit, Ihres Lebens überhaupt?

306. Wer, glauben Sie hat Sie in Ihrer Kindheit geliebt, gefördert, verwöhnt, wer dagegen hat Sie unterdrückt, nicht weiterkommen lassen, nicht geliebt?

307. Haben Ihre Eltern oder andere erwachsene Personen mit Ihnen gespielt?
Haben Sie lieber draußen oder drinnen gespielt?

308. Welche Erinnerungen haben Sie an Tiere?

309. Gab es Zeiten - lange oder kurze Perioden - in denen Sie traurig, zurückgezogen, uninteressiert waren? In welchem Alter? Warum wohl?

310. Litten Sie als Kind unter Heimweh?

311. Ergreift Sie Wehmut, wenn Sie zu Stätten Ihrer Kindheit zurückkehren?

312. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Auseinandersetzungen mit Bezugspersonen oder zwischen denselben fertig? (z.B. Weglaufen, Mitmachen, sich neutral verhalten)

313. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Enttäuschungen fertig?

314. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Ungerechtigkeiten fertig?

315. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Versagungen, Verzicht fertig?

316. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Abweisungen fertig?

317. Gab es viele Auseinandersetzungen zwischen den Bezugspersonen Ihrer Kindheit und Jugend?
Was für welche?
Mit wem besonders?
Für wen haben Sie Partei ergriffen?

318. Hatten Sie selbst Auseinandersetzungen? Häufig?
Mit wem?

319. Unter welchen Auseinandersetzungen haben Sie am meisten gelitten?

320. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit mit Alleinsein fertig?

321. Wenn Sie allein sind, wie werden Sie jetzt damit fertig?

322. Beschreiben Sie Ihre gegenwärtige Umgebung und Situation.

323. Wie haben Sie das Beantworten der Fragen erlebt?

324. Welche Fragen fielen Ihnen besonders schwer zu beantworten?

325. Möchten Sie noch etwas mitteilen, was in den Fragen nicht angesprochen wurde?

326. Gibt es Fragen, über die Sie vordringlich mit dem Therapeuten sprechen möchten?
Welche?

Anhang II

Antworten der Patientin M. H.

1. Seit meiner Kindheit leide ich oft an Erkältungskrankheiten, was sich meistens in Lippenbläschen, sog. "Grindschnut" auswirkte. Nach den Wechseljahren hat sich dies bedeutend verringert.

2. Als ich im Jahre 19.. in die Nervenheilanstalt ... kam. Wir waren damals von ... nach ... aus beruflichen Gründen meines Mannes übergesiedelt.

3. Ja, ich führe meine Krankheit auf die ungünstigen Erziehungsverhältnisse seit meiner frühesten Kindheit im Elternhaus zurück. Meine Mutter hat mich sehr streng erzogen. Ich bekam oft Schläge usf.

4. Ja

5. Mit äußerster Energie.

6. Nein

7. Ja

8. Nein

9. Nein

10. Mit äußerster Energie.

11. Fast alle Kinderkrankheiten habe ich positiv erlebt, weil ich da nicht zur Schule mußte.

12. Nein

13. Ja, ich achte sehr auf regelmäßigen Stuhlgang.

14. Mit 74 Jahren kann man kaum noch das Abhärten beginnen.

15. Schwimmen

16. Nein

17. Kam nicht infrage.

19. Ich liebe Abwechslung.

20. Ja, ich kann Leute nicht verstehen, die allzuviel Geld für Essen ausgeben, falls es sich nicht um Diätkost handelt.

21. Ich habe gegessen, was auf den Tisch kam.

22. Ja, nach dem letzten Weltkrieg.

23. Weder schwächlich, noch kräftig, jedoch gewandt.

24. Positiv

25. Nein

26. Ja - Schlaflosigkeit - Zusammenbruch bei völliger Interesselosigkeit.

27. Stimmungsschwankungen ja, Affektausbrüche kaum.

28. Nein

29. Nein

30. Nein

31. Das Gefühl, minderwertig zu sein.

32. Ausgelassen

33. Nein

34. Ich mußte alles widerspruchslos über mich ergehen lassen.

35. Mit Gelassenheit.

36. Angst vor dem Sterben, d.h. vor den Umständen, welche dazu führen (Krankheiten etc.)

37. Nein

38. Ich habe gewartet, bis es wieder aufwärts ging.

39. Vor meiner Mutter, von der ich oft Schläge bekam wegen Bagatellen.

40. Ich habe mich in eine Ecke zurückgezogen, wo mich niemand sah, bis ich abreagiert war.

41. Ich war weder selbstbewußt noch arrogant, eher schüchtern und ängstlich.

42. Ich hielt mich eher häßlich als schön.

45. Nein

46. Ja

47. Ja

48. Ja, in der Nervenklinik.

49. Ja, für Franz Josef Strauß.

50. Nein

51. Nein

52. Ja

53. Musik und Tanz, viel.

54. Ja, Märchenbücher und Krimis (Sherlok Holmes).

55. Aschenputtel und Frau Holle gerne.

57. Kein Problem

59. Nein, das war unmöglich.

60. Kaum

61. Ja

62. Wir hatten zuhause ein medizinisches Buch, da habe ich oft heimlich darin gelesen und mir die Aufklärung dadurch selbst gegeben.

63. Mit Schuld verbunden.

64. bis 76. Hierzu möchte ich mich nicht äußern.

77. Nein

78. Nein

81. Kaum

82. Ja, intensiv geliebt.

83. Ja, ausschließlich.

84. Untreue in der Partnerbeziehung würde ich verurteilen, weil man sich bei der kirchlichen Eheschließung unbedingte Treue gelobt hat.

85. Nein, selbst in der Tierwelt herrscht meistens die "Einehe" vor.

86. Ich bin Witwe.

87. Wenn er es nicht wert ist, glaube ich, daß ich nicht zu ihm halte, vorausgesetzt, es sind keine Kinder da.

88. Ja

89. Ich möchte ihnen immer nahe sein.

90. Nein - Partnerschaft

91. Nein

92. Nein

93. Nein

94. Meine rechthaberische, streitsüchtige und jähzornige Mutter habe ich nicht besonders geliebt, dagegen meinen Vater.

95. Nein

96. Nein

97. Meine beiden Söhne

98. Nein

99. Durch Verdrängung

100. Die schlimmste Enttäuschung war für mich der Tod meines Mannes. Ich gehe immer dagegen an und finde Trost in dem Bewußtsein, daß es anderen Frauen auch so geht.

101. Persönliche Probleme gehen mir lange nach.

102. Nein

103. Nein

104. Nein

105. Von Fall zu Fall verschieden.

106. Ja

107. Nein

108. Ja

109. Nein

111. Ja

112. Ich warte, bis man auf mich zukommt.

115. Ja, eine Frau zu sein.

116. Gehemmt, unter Minderwertigkeitsgefühlen leidend.

117. Unbedeutend

119. Nein

120. Ja, sehr viele Konflikte, hauptsächlich durch Lärmbelästigungen, die nicht gelöst werden, sondern mit denen man fertig werden muß.

121. Oft Streit mit Geschwistern wegen Erbauseinandersetzung.

122. Durch Verdrängung

123. Nein

124. Ich versuche zu schlichten.

125. Nach Gefühlen

126. Arrogantes Benehmen

127. Gleichgültig

128. Von beiden nicht viel.

129. Von labilen Menschen halte ich nicht viel.

130. Manchmal

131. Ich glaube nicht.

132. Ja, im Alter von ca. 18 Jahren.

133. Ja, im "Dritten Reich" (die Judenverfolgungen).

134. Ich versuche, soweit mir dies möglich ist, sie abzustellen.

135. Den Satz bejahe ich.

136. Das kommt ganz darauf an, um was es sich handelt.

137. Ja, eher vorsichtig.

138. Den Täter genau ansehen, damit ich diesen evtl. bei der Polizei einigermaßen beschreiben kann.
Ich würde natürlich die Polizei verständigen.

139. Das käme auf die Umstände an.

140. Ich würde versuchen, die Angelegenheit ohne die Polizei zu erledigen.

141. Freund und Helfer.

142. bis 147. Kommt für mich nicht infrage.

148. Nein

149. Nein

150. Ja, aber keine gewalttätigen.

151. Ja, aber keine gewalttätigen.

152. Ja

153. Manchmal

154. Nein

155. Ja, die 10 Gebote Gottes.

156. Ja

157. Erst kommt die Moral, dann das Fressen.

158. Wenn es auch manchmal den Anschein hat, als ob man durch schlaue und evtl. krumme Touren vorwärts kommt, so möchte ich für meine Person sagen: lieber aufrichtig und wahrhaftig.

159. Schon möglich.

160. Ja

161. Schlecht - ich denke hier an meine Einkommensteuererklärung, die ich abgeben muß, aber ohne Steuerberater nicht zuwege bringe, ohne mir zu schaden.

162. Ja

163. Ja

164. Ja - positiv.

165. Nein

166. Ja - mein Vater. Ich bewunderte seinen Fleiß und seine Ehrlichkeit.

167. Ja, ab dem 20. Lebensjahr.

168. Tolerant, jedoch nach religiösen Grundsätzen (10 Gebote Gottes).

169. Zu Fleiß und Leistung.

170. Es wurde kaum etwas belohnt, es war alles selbstverständlich.

171. Kaum beachtet.

172. Mein Vater hielt sehr viel auf Ordnung.

173. Gemütlich war es selten.

174. Ja, es gab oft Streit, weil sich meine beiden Brüder nicht der Ordnung fügen wollten.

175. Nein

176. Ja, es ging dort nicht so streng zu wie bei uns zuhause.

177. Ich liebe Ordnung.

178. Ja, ich war ordnungsliebend. Die innere Ordnung wurde durch die Beichte wieder hergestellt.

180. Ich kann sie lassen.

181. Ja, ich achte sehr darauf.

182. Nicht unbedingt.

183. Ja, aber nur erfreuliche.

184. Nicht besonders.

185. Ja, in bezug auf Aufklärung.

186. Ja

187. Für sparsam bei allen Gelegenheiten.

188. Nein

189. Nicht besonders.

190. Positiv

192. Erfüllt

193. Ja

194. Ja, ich hing an meinem Beruf.

196. Meine guten Schulzeugnisse. Andere Wünsche hatte ich nicht.

197. Nein

198. Als Handwerkertochter.

200. Mit 74 Jahren wohl kaum.

203. Lästige und notwendige Arbeit wird immer zuerst erledigt.

204. Man muß den "Stier bei den Hörnern packen".

206. Kam kaum infrage.

209. Ja, in Beruf und Familie.

210. Ja

213. Ja

214. Ja

215. Ja, sehr. Die verschiedenen Türen würden manchmal zur Nacht nicht abgeschlossen.

216. Ja

218. Ja, aber Trennung von der Familie nicht.

221. Da meine Erziehung mütterlicherseits sehr streng war, bin ich mit 18 Jahren von zuhause weggegangen und habe mich seit dieser Zeit selbst versorgt (ohne elterliche Hilfe). Ich habe eine Stellung als Stenotypistin angenommen.

222. Es gab nur die Grundschule. Für weiterführende Schulen hatten meine Eltern kein Geld. Damals mußten die Eltern eine weiterführende Ausbildung selbst bezahlen.

223. Ja, wie oben erwähnt.

225. Nein

226. Ich habe mich nicht gedrängt, aber auch nicht gedrückt.

227. Nein, das ist mir alles entfallen.

228. Nein

229. Nein

230. Nein, das gab es in meiner Kindheit nicht.

231. Gar nicht

232. Lesen, Rechnen, Musik und Handarbeiten

233. Ich glaube ja.

234. Ja, zu Musik. Ich durfte bei einer Privatlehrerin Klavier spielen lernen und habe es zu ganz respektablen Leistungen gebracht.

235. Lieber Spielsport.

236. "Mensch ärgere dich nicht".

237. Ich konnte verlieren, man ließ mich nicht gewinnen.

238. Nein

239. Puppenkleider genäht und Schwimmen gegangen.

240. Stricken und Rätsel lösen.

241. Kommt nicht infrage.

242. Spazierengehen

243. Nein

244. Ich muß alles aufheben.

245. Ja, am liebsten mit Bus. Vor dem Tode meines Mannes sind wir mit dem eigenen Auto gefahren.

246. Ja, Politik.

247. Zeitungen und Zeitschriften. Bei Zeitungen den Leitartikel.

248. Anständige Unterhaltungssendungen, XY Zimmermann, manchmal auch Krimis.

249. Ja

250. Ja

251. Ja

252. Ja, jedoch nicht ausnahmslos.

257. In trüben Stunden hatte ich bereits Selbstmordgedanken; da bin ich meistens sehr deprimiert.

258. Nach meines Mannes Tod.

259. Ja, für die Anständigkeit meiner beiden Söhne.

262. Ich bin manchmal sehr unzufrieden mit mir selbst.

263. Ja, es kommt aber nichts dabei heraus.

265. Ja, ich habe mich verändert durch das Zusammenleben mit meinem Mann, der aus einer anderen Familie kam (mit anderen Ansichten).

267. Ja

268. Ja - der Tod meines Mannes.

269. Ja, ich habe Angst vor Veränderungen.

271. Ja, der Tod meines Mannes, mit dem ich nicht so schnell gerechnet habe.

274. Ja, an eine ausgleichende Gerechtigkeit.

275. Ja

276. Ja

277. Ja

278. Ich versuche, den Anlaß zu verdrängen.

279. Ja, wenn ich Beichten gehen sollte.

280. Ja

281. Ja, ich habe die Mutterliebe entbehrt.

282. Ja

283. Ja, meiner Mutter.

284. Ich bekam von meiner Mutter viel demütigende Schläge, meistens wegen Bagatellen, z.B. wenn ich etwas Geringfügiges verloren habe.

286. Ja, nach der mir selbstverschafften Aufklärung.

287. Ja

288. Ja

289. Weder - noch

290. Nicht gut; es gab oft Zank und Streit zwischen meinen Eltern. Ich habe darunter sehr gelitten.

293. In der gleichen Umgebung.

294. Weder - noch

295. Ja, durch beides.

296. Ich habe versucht, dies zu verdrängen.

297. Nein

298. Nein

300. Ja, durch meine Heirat.

302. Zubereitung von Mahlzeiten.

303. Ja, das Verhältnis von Vater (gütige) und Mutter (sehr streng) Erziehung.

305. Mein Nervenzusammenbruch, anläßlich einer Übersiedlung aus beruflichen Gründen (Verbesserung) meines Mannes von ... nach ... Ich kam hierauf in die Nervenheilanstalt ... für ca. 4 - 6 Wochen.

Kleinere grammatikalische Unstimmigkeiten im Anhang I und II ergeben sich aus der wörtlichen Übernahme der Texte.

Anhang III

Beurteilungsbögen zur Auswertung des Fragebogens (für diese Arbeit wurde Abschnitt D - der für therapeutische Maßnahmen wichtig ist - nicht berücksichtigt):

Zusammenfassung

(bitte in freier Form, konkret und ausführlich äußern)

A. Gegenwart

Wo bestehen Kommunikationsstörungen? In welchen Strukturen Einschränkungen (u.U. Dekompensationen)? In welchen kompensatorische Erweiterungen? Welche Modi des Erlebnisvollzugs sind in bezug auf diese Kommunikationsstörungen dominant, welche untergeordnet?	
Sind Konflikte faßbar? Innerhalb welcher/bzw. zwischen welchen Strukturen? Welche Modi des Erlebnisvollzugs sind in bezug auf diese Konflikte dominant, welche untergeordnet? Welche kommen gar nicht vor?	

B. Vergangenheit

Wo lagen in der Vergangenheit Kommunikationsstörungen? In welchen Strukturen Einschränkungen (Dekompensationen)? In welchen kompensatorische Erweiterungen? Welche Modi des Erlebnisvollzugs waren in bezug auf diese Kommunikationsstörungen dominant, welche untergeordnet?	
Sind aus der Vergangenheit Konflikte faßbar? Innerhalb welcher bzw. zwischen welchen Strukturen? Welche Modi des Erlebnisvollzugs waren in bezug auf diese Konflikte dominant? Welche untergeordnet? Welche kamen gar nicht vor?	

C. Zusammenhang

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Kommunikationsstörungen der Vergangenheit und den heutigen? Wenn ja, welcher? Betreffen die Kommunikationseinschränkungen/kompensatorische Erweiterungen noch dieselben Strukturen wie in der Vergangenheit? Haben sich die Modi des Erlebnisvollzugs in bezug auf diese Kommunikationsstörungen geändert?	
Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konflikten der Vergangenheit und den jetzigen? Sind es dieselben geblieben oder spielen die früheren Konflikte keine Rolle mehr? Sind neue aufgetreten? Liegen die Konflikte noch in derselben/zwischen denselben Strukturen wie in der Vergangenheit? Haben sich die Modi des Erlebnisvollzugs in bezug auf diese Konflikte geändert?	

D. Therapie und Prognose

Sind Änderungen in den Modi des Erlebnisvollzugs wahrscheinlich? (z.B. Dekompensation/Spontanheilung) möglich?	
Welche Modi in welchen Strukturen wären veränderbar?	
Wodurch wären Änderungen möglich?	
Welchen Einfluß hätte das auf die betreffenden Strukturen?	
In welchen Modi und Strukturen erscheint eine Veränderung nicht möglich?	
In welchen Modi und Strukturen erscheint eine Veränderung problematisch?	

Beurteilungsbogen Patientin M. H.

(Zusammenfassung)

(bitte in freier Form, konkret und ausführlich äußern)

A. Gegenwart

Wo bestehen Kommunikationsstörungen? In welchen Strukturen Einschränkungen (u.U. Dekompensationen)? In welchen kompensatorische Erweiterungen?	Lebensraum: Einengung durch Verlust des Partners, Distanz zu Kindern, Zerstrittensein mit Geschwistern, Leere und Unwirtlichkeit des Wohnraumes. Bewältigungsversuch: Verdrängen. Ordnung: wird aufrechterhalten. Orientierung: wird ebenfalls aufrecht-erhalten, entspricht der Lebenssituation nicht mehr. Es überwiegt Erkunden und Gebunden-Sein. Zeit: Veränderungen werden überwiegend als Verlust wahrgenommen - Nachlassen der Leistungsfähigkeit, Angst vor Krankheit und Tod. Kein "Feld" für Verantwortung. Selbstvorwürfe ohne umrissenen Inhalt. Überwiegendes Gebundensein. Bewältigungsversuch: Trost in der Religion. Leib: wenige Komm.möglichkeiten, Dekompensation. Bew.versuch: Nicht-Beachten, Dagegen-Angehen. Leistung: bei ausgeprägter Leistungsethik Fehlen eines Aufgabenfeldes. Überwiegendes Gebunden-Sein, Bew. versuch nicht zu erkennen.
Sind Konflikte faßbar? Innerhalb welcher/bzw. zwischen welchen Strukturen? Welche Modi des Erlebnisvollzugs sind in bezug auf diese Konflikte dominant, welche untergeordnet? Welche kommen gar nicht vor?	Der Hauptkonflikt besteht darin, daß der Patientin ein Leben gemäß ihrer Orientierung nicht mehr möglich ist (Veränderungen von Lebensraum und leiblichen Möglichkeiten, zeitlicher Wandel), sie diesen Veränderungen aber nicht Rechnung tragen kann, weil die Modi des Entdeckens, Erschließens, Auseinandersetzens ihr kaum zur Verfügung stehen (Überwiegen des Gebunden-Seins). Daß raum- und leistungsbezogene Kommunikationsweisen bei der Patientin überwiegen, ja kompensatorisch erweitert sind, verschärft diesen Konflikt - die ihr so besonders wichtige Orientierung und Leistung kann sie weder sinnvoll abwandeln noch aufrechterhalten. Die Bewältigungsversuche lassen Abwendung erkennen.

B. Vergangenheit

Wo lagen in der Vergangenheit Kommunikationsstörungen? In welchen Strukturen Einschränkungen (Dekompensationen)? In welchen kompensatorische Erweiterungen? Welche Modi des Erlebnisvollzugs waren in bezug auf diese Kommunikationsstörungen dominant, welche untergeordnet?	Leib: eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten bestanden vor allem hinsichtlich dieser Struktur. Ängstlicher Rückzug, Minderwertigkeitsgefühle waren häufig, das lebhafte und neugierige Kind wurde mit vielen seiner Stimmungen und Affekte, seiner Aggressivität und Sexualität nicht vertraut (Einschränkung vor allem bei den Modi des Erschließens und Auseinandersetzens, in geringem Maße auch beim Entdecken). Zeit: Die Patientin bewies ein hohes Maß an Verantwortlichkeit für sich selbst und andere, entwickelte Zukunftsperspektiven und handelte ihren Plänen gemäß. Kompensatorisch erweitert waren die Strukturen Raum - hier vor allem Ordnung und Orientierung - und Leistung. Erste Dekompensation nach dem Zusammenbruch der vertrauten räumlichen Ordnung. Es ist ein Überwiegen des Erkundens und Entdeckens deutlich, Erschließen und Auseinandersetzen sind vor allem leistungsbezogen zu erkennen.
Sind aus der Vergangenheit Konflikte faßbar? Innerhalb welcher bzw. zwischen welchen Strukturen? Welche Modi des Erlebnisvollzugs waren in bezug auf diese Konflikte dominant? Welche untergeordnet? Welche kamen gar nicht vor?	Vorherrschend ist in der Vergangenheit der Konflikt zwischen Raum und Leib. Die strenge Ordnung und leistungsbezogene Orientierung ihres Elternhauses stand im Gegensatz zu emotionalen Bedürfnissen der Patientin, die sie früh lernte zurückzustellen bzw. gar nicht mehr wahrzunehmen (Defizienz des Entdeckens usf.).Daneben gab es innerräumliche Konflikte - zahlreiche Auseinandersetzungen zwischen Vater und Mutter sowie zwischen den Eltern und den Geschwistern der Patientin. Diese Vorkommnisse, denen sie als Kind hilflos gegenüberstand, förderten bei der Patientin ein Bedürfnis nach einheitlichem, geordnetem Lebensraum. Es gelang ihr, sich äußerlich vom Elternhaus zu lösen, in heftiger Ablehnung blieb sie der Mutter verhaftet, es kam aber weder zu einer wirklichen Auseinandersetzung noch zu einem Binden/Lösen.

C. Zusammenhang

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Kommunikationsstörungen der Vergangenheit und den heutigen? Wenn ja, welcher? Betreffen die Kommunikationseinschränkungen/ kompensatorische Erweiterungen noch dieselben Strukturen wie in der Vergangenheit? Haben sich die Modi des Erlebnisvollzugs in bezug auf diese Kommunikationsstörungen geändert?	In Vergangenheit wie Gegenwart betreffen die deutlichsten Kommunikationsstörungen die Struktur Leib. Eine Darstellung über die Struktur Zeit gelang der Patientin in der Vergangenheit, gegenwärtig erlebt sie Zeit überwiegend als negativ. Die beiden Strukturen, über die die Patientin in der Vergangenheit vor allem kommunizierte, bilden auch heute den Schwerpunkt ihrer Existenz. Eine Kompensation über diese beiden Strukturen gelingt nicht, weil die Patientin starr an Lebensraum, Ordnung und Orientierung der Vergangenheit gebunden bleibt (die Modi Entdecken bis Binden/Lösen stehen ihr wenig zur Verfügung) - auf diese Weise ist die Patientin von der realen Einengung ihrer Möglichkeiten im Alter um so mehr betroffen. Der Modus des Erschließens tritt in Vergangenheit wie Gegenwart kaum auf, damit fehlt der Patientin die Möglichkeit, empfundene Veränderungen gedanklich einzuordnen, sich begreiflich zu machen. Sie versucht, mit Disziplin und Willensstärke dagegen anzugehen (Ordnung, Leistung), bemerkt aber, wie ihre Versuche scheitern.
Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konflikten der Vergangenheit und den jetzigen? Sind es dieselben geblieben oder spielen die früheren Konflikte keine Rolle mehr? Sind neue aufgetreten? Liegen die Konflikte noch in derselben/zwischen denselben Strukturen wie in der Vergangenheit? Haben sich die Modi des Erlebnisvollzugs in bezug auf diese Konflikte geändert?	Die Konflikte der Vergangenheit sind heute dadurch zugespitzt, daß die Patientin ihrer hauptsächlichen Kompensationsmöglichkeiten beraubt ist (Raum, Leistung), weil sie sie nicht - ihrer gegenwärtigen Situation entsprechend - abwandeln kann.

Herrn Prof. Dr. D. Wyss danke ich für die Überlassung des Themas und seine hilfreiche Unterstützung während der Arbeit. Herrn Prof. Dr. O. Schrappe danke ich für die freundliche Erlaubnis, Auszüge aus den Krankengeschichten der Univ. Nervenklinik Würzburg zu verwenden.

Lebenslauf

Am 3. 4. 1949 wurde ich als Tochter des damaligen Landwirtes Jürgen E. Kirchner und seiner Ehefrau Anna, geb. Fölster, verw. Junge in Westerschau, Gemeinde Bollingstedt, Kreis Schleswig geboren.
Ostern 1955 wurde ich in die Volksschule Bollingstedt eingeschult. Im Frühjahr 1956 zog unsere Familie nach Kiel. Dort besuchte ich die Hardenberg-, später Reventlow-Volksschule und wechselte im Frühjahr 1959 über auf die Kieler Gelehrtenschule. An diesem humanistischen Gymnasium machte ich im Sommer 1967 Abitur.
Im Winter-Semester 1967/68 studierte ich an der Universität Göttingen Sozialwissenschaften. Im Sommer-Semester 1968 nahm ich das Medizin-Studium an der Universität Würzburg auf, wo ich im Herbst 1969 die Naturwissenschaftliche Vorprüfung, im Herbst 1971 die Ärztliche Vorprüfung und im Dezember 1974 das Staatsexamen ablegte.
Nach der Medizinalassistentenzeit, die ich an den Kreiskrankenhäusern Bad Neustadt/Saale und Tauberbischofsheim sowie am Staatl. Gesundheitsamt Würzburg verbrachte, arbeitete ich zunächst einige Monate an der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale und anschließend ein halbes Jahr am Bezirksnervenkrankenhaus Lohr/Main. Vom Januar 1978 mit Oktober 1979 war ich Assistenzärztin an der Universitäts-Nervenklinik Würzburg, seit November 1979 arbeite ich am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg.

Annegret Kirchner

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80